Nr. 50. 10. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Fr. GRÖER. Lwów.

O higjogenezie.

Przebieg kliniczny każdego schorzenia możemy rozpatrywać z dwóch zasadniczych punktów widzenia. Przedewszystkiem zwracają naszą uwagę warunki powstawania sprawy chorobowej oraz jej bliższy mechanizm. Ten sposób dociekania nazywamy patogenetycznym i jemu też współczesna medycyna zawdzięcza swój niezwykły rozwój ostatniej doby.

Jednakże patogenetyczny kierunek badań tak jednostronnie opanował nowoczesny sposób myślenia lekarskiego, że zepchnął na daleki plan drugi punkt widzenia, z którego również winno się roztrząsać zjawiska chorobowe, a który dotyczy wyjaśnienia roli, jaką zjawiska chorobowe odgrywają w mechanizmie powrotu do zdrowia.

Na każdą sprawę chorobową, osobliwie zaś na każdą chorobę zakaźną, zapatrujemy się dziś z punktu widzenia energenetycznego, jako na odczyn ustroju na zadane mu uszkodzenia. Oczywiste jest, że tak, jak głównym warunkiem powstawania objawów chorobowych jest właśnie zdolność oddziaływania żywych ustrojów na bodźce, tak samo i ustąpienie choroby jest wynikiem tejże zdolności. Bez zdolności oddziaływania nie byłoby ani choroby, ani powrotu do zdrowis. Toteż wyzdrowienie musimy uważać za najpomyślniejszy z ostatecznych wyników spraw odczynowych, do którego uszkodzony ustrój zdąża krok za krokiem poprzez złożony mechanizm zjawisk chorobowych.

Dla stwierdzenia i podkreślenia tego faktu wprowadzamy pojęcie higjogenezy i rozumiemy przez nie, na wzór pojęcia patogenezy, sumę wszystkich zjawisk, tak biologicznych, jak chemicznych i fizykalnych, które złączone pragmatycznie w jeden mechanizm prowadzą schorzały ustrój ku wyzdrowieniu.

Pojęcie higjogenezy jest złożone, obejmuje ono: 1) warunki i gotowość do wyzdrowienia, 2) właściwy mechanizm zdrowienia, jako taki oraz wreszcie i 3) te sprawy, które powstają w ustroju wtórnie i następowo pod wpływem tegoż mechanizmu. Ostateczne wyzdrowienie nie wchodzi już w obręb pojęcia higjogenezy.

Ażeby dokładniej zobrazować znaczenie powyższych poszczególnych pojęć, możnaby powiedzieć, że pierwsze obejmuje potencjonalne możliwości wyzdrowienia, drugie — jego właściwą dynamikę, trzecie poucza nas o wtórnych jego objawach.

Z tego określenia wynika jasno, że lwią część klinicznego przebiegu każdego schorzenia rozpatrywać można ze stanowiska higjogenezy. Tem więc bardziej uderzać musi, że ten sposób rozważania tylko tak rzadko bywa w rzeczywistości stosowany.

Wyjątki tej reguły dadzą się z łatwością wyliczyć. Należy do nich przedewszystkiem nauka o wyrównaniach w krążeniu, po części niektóre rozdziały z patologji przemiany materji a także, w chwili obecnej, zapalenie, jako takie.

Szczególniej ważną rolę odgrywa higjogenetyczny sposób myślenia w osądzie klinicznego przebiegu chorób zakaźnych. Tu nawet znajdzie on bezwątpienia swój punkt wyjścia. Higjogeneza chorób zakaźnych zajmuje nas w wielkiej mierze także i z tych względów, że właśnie tu wzniosły się najważniejsze podwaliny przedwstępnej pracy, pracy, która, jakby się zdawać mogło, obejmuje właśnie to wszystko, co zamierzamy w wywodach naszych powiedzieć. Mowa tu o nauce o odporności, która nietylko stała się potężną gałęzią medycyny teoretycznej, się opanowała również nasze kliniczne pojęcia o istocie choroby i o sposobach samoobrony ustroju.

Tymczasem pojęcie odporności nie jest w żadnym razie równoznaczne z pojęciem higjogenezy. Zarówno odporność, jak i oporność, oznaczają pewne stany ustroju, są więc pojęciami statycznemi, gdy tymczasem higjogenezę należy uważać jako pojęcie dynamiczne.

Jednak odporność, podobnie jak i zdrowienie, ma swój własny mechanizm powstawania. Sprawy, które prowadzą do osiągnięcia odporności, podpadają tylko o tyle pod pojęcie higjogenezy, o ile równocześnie przyczyniają się do wyzdrowienia. To zaś nie zawsze dziać się musi. Częstokroć bywają procesy odpornościowe tylko wtórnemi objawami zdrowienia, niekiedy nawet odbywają się one niezależnie od tych ostatnich i ze zdrowieniem nie mają nic wspólnego.

Przykłady potwierdzające to zdanie są nam zbyt znane, aby je tu przytaczać.

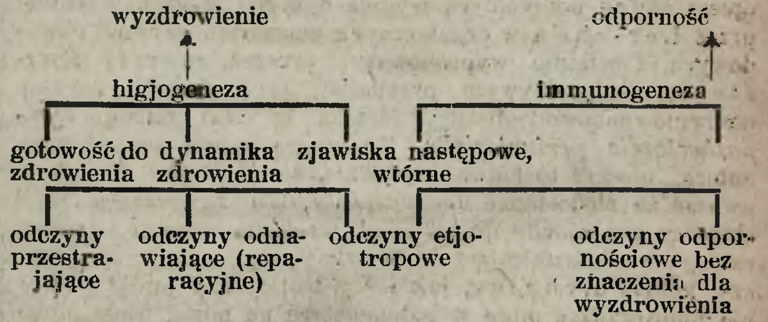
Uważając nowoczesną naukę o odporności za naukę o działaniach antigenów, widzimy, że najróżnorodniejsze mechanizmy powstawania odporności stanowić mogą w najlepszym razie tylko pewną część procesu zdrowienia, o ile przebiegają w kierunku parazytotropowym, względnie etjotropowym. Tymczasem jednak etjotropowe odczyny obronne zakażonego ustroju w przeważającej większości przypadków — nie wystarczają dla osiągnięcia wyzdrowienia, o czem najlepiej wiedzą klinicyści.

Tak np. wyzdrowienie z duru brzusznego jest możliwe, pomimo, że prątki durowe nie giną i całe lata jeszcze przeżywać mogą w uzdrowionym ustroju w stanie pełnej jadowitości i zdolne do rozmnażania. Podobnych przykładów przytoczyćby można więcej. W błonicy, w której występuje jeden z najskuteczniejszych odczynów etjotropowych, wytworzenie przeciwjadu, może wprawdzie powstrzymać dalszy bieg zatrucia ustroju, nie jest jednakowoż zdolne doprowadzić do wyzdrowienia już przedtem uszkodzone tkanki.

Widzimy z tych przykładów, że obok odczynów etjotropowych mechanizm wyzdrowienia wymaga przynajmniej dwóch jeszcze grup zjawisk obronnych, bez których nie byłby on zupełnym. Po pierwsze są to odczyny »przestrajające«, prowadzące tkanki do pewnego stanu zupełnej lub częściowej obojętności (»*Adiaphoria*«) na pierwotne działanie czynników, wywołujących uszkodzenie, które sprawiają, że ten sam ustrój, który do niedawna jeszcze mógł być uszkodzonym przez prątki durowe np. po przebyciu choroby zachowuje się wobec tych samych prątków zupełnie obojętnie. Powtóre są to odczyny, mające na celu wyrównanie zaszłych już w ustroju uszkodzeń — odczyny odnawiające i naprawiające.

Widzimy zatem, że dynamika higjogenezy obejmuje tak odczyny etjotropowe, jak przestrajające, jak wreszcie i naprawiające.

Przedstawiony poniżej djagram uwidocznia budowę pojęcia higjogenezy, jakoteż odgraniczenie tegoż od pojęć odporności i jej mechanizmu.



Znaczenie higjogenetycznego sposobu myślenia tak dla teorji, jak i praktyki lekarskiej, jest jasne. Oczywiste jest, że badanie higjogenezy może nam dostarczyć niezwykle ważnych zdobyczy, dotyczących zarówno rokowania, jak i leczenia. Starą zasadą lekarską jest, że najracjonalniejszym sposobem leczenia jest wspieranie zdrowienia naturalnego. Rozwiązanie tego zadania wymaga jednak właśnie dokładnego

zapoznania się z naturalnym mechanizmem wyzdrowienia. Pytanie tylko, jaką rzeczywistą wartość posiadają wyżej wyłuszczone poglądy i jakie widoki posiada rozwiązanie naszego zagadnienia?

Nie ulega żadnej wątpliwości, że istota wyzdrowienia ciągle jeszcze stanowi niewyjaśnioną zagadkę. Ustalenie pojęcia higjogenezy przybliża jej rozwikłanie przez to, że pozwala na uporządkowanie całego szeregu odnośnych, znanych już luźnie zjawisk, z pewnego jasno określonego punktu widzenia, w jedną organiczną całość. Ponadto ustalenie pojęcia higjogenezy powinno pobudzić do dalszych systematycznych dociekań nad czynnościowym tokiem zdrowienia.

Widoki dla skutecznych badań z zakresu higjogenezy nie są przy dzisiejszym stanie naszej nauki tak beznadziejne, jak to się nam wydawało jeszcze przed kilku laty.

Rzut oka na powyższy djagram wskazuje nam, że w pierwszym rzędzie gotowość i dynamika zdrowienia posiadają już wielki materjał przygotowany dzięki nauce o konstytucji i dziedziczności, jak również dzięki rozbudowującej się coraz dalej metodyce czynnościowych badań nad sprawnością narządów i całego ustroju.

Rozbiór dynamiki zdrowienia powinien w pierwszym rzędzie zająć się odczynami przestrajającemi, a potem czynnościowemi procesami odnowy, które dotychczas rozważano prawie wyłącznie z morfologicznego punktu widzenia. Właśnie w dziedzinie procesów przestrajających przyniosły nam ostatnie lata pełnię faktów otwierających nadzwyczajne widoki na przyszłość. Mamy tu na myśli cały zbiór doświadczeń, które wyłoniły badania ergotropowego leczenia. Badania działań ergotropowych, prowadzone dotychczas dosyć niesystematycznie, z małemi wyjątkami (Weichardt) tylko przez klinicystów i po większej części z leczniczego punktu widzenia, są zdaniem naszem na razie jedynem źródłem naszych wiadomości o sprawach przestrajających i adiaphorji. Właśnie ta strona badań nad działaniami ergotropowemi powinna być w badaniach jak najszerzej uwzględnianą, gdyż dopiero po ustaleniu naturalnego mechanizmu zdrowienia ten dział lecznictwa znajdzie racjonalne zastosowanie.

Dr. med. HENRYK HIGIER. Warszawa.

Zaburzenia naczynioruchowe oraz owrzodzenia troficzne i ich leczenie za pomocą przecinania splotów i włókien współczulnych okołonaczyniowych (*Sympathectomia periarterialis*).

Prof. W. Brüning z Berlina omawia w 15-tym numerze Klinische Wochenschrift sposób powstawania zaburzeń troficznych w tkankach. Powołując się na nowszą fizjologję nerwów rdzeniowych rozszerzających naczynia i współczulnych zwężających naczynia, dochodzi do słusznego skądinąd wniosku, nie obcego racjonalnemu myśleniu neurologa, że drażnieniu, nie zaś porażeniu nerwu przypada zasadnicza rola w patogenezie zaburzeń naczyniowo-odżywczych i że należy przeto podczas konsekwentnego leczenia tych zaburzeń dążyć przedewszystkiem do usuwania lub przynajmniej do zmniejszania patologicznego stanu podrażnienia. Brüning opiera się na pomyślnych wynikach nowej metody, poleconej przez Leriche'a w organicznych chorobach nerwów obwodowych, a ostatnio wypróbowanej przezeń, za radą Forstera, w uporczywym przypadku czynnościowej nerwicy naczynio-ruchowo-troficznej. Metoda ta nosi nazwę: *sympathectomie périartérielle*. Tą drogą udaje się, zdaniem autora, uleczyć to i owo cierpienie, które zwykło się było uważać za niedostępne dla terapeuty, lub za pomocą noża chirurga prowadziło do odcięcia, wycięcia, resekcji i innych zabiegów zniekształcających. Widzimy więc nie po raz pierwszy, kończy Brüning, jak nowy teoretyczny punkt widzenia naprowadzać może w patogenetyce na nowe, wiele obiecujące tory terapji.

Ponieważ chodzi tu o nowe i wiele obiecujące drogi dla leczenia, nie chcę pominąć sposobności zwrócenia uwagi czytelnika na większy mój artykuł, wydrukowany w 1901 r. jednocześnie w Gazecie Lekarskiej i Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Erba i Strümpella [1]), w którym patogeneza stanów podrażnienia naczynio-ruchowego była wyczerpująco przezemnie w sensie powyższym omówiona, a zachwalana »nowa« metoda lecznicza Leriche'a z 1917 roku została tam już należycie umotywowana i chirurgom polecona. Chodziło w tej pracy o 23 chorych z mniej lub więcej typowem chromaniem przestankowem, połączonem z silnemi bólami, przykremi sensacjami czuciowemi, zaburzeniami naczynio-ruchowemi i odżywczemi oraz z t. zw. samoistną zgorzelą, zazwyczaj przyrody naczyniowo-troficznej. Jak z kilku ostatnich wniosków tej pracy wynika, poglądy moje na patogenezę niczem nie różnią się od tych, które Brüning podaje obecnie, jako zupełnie nowe i oryginalne.

»Obok stałego zwężenia naczynia (tło organiczne) — mówiłem dosłownie — biorą poważny udział w obrazie klinicznym zaburzenia naczynio-ruchowe (moment funkcjonalny), czyli wzmożona pobudliwość i upośledzona równowaga ośrodków naczyniowo-ruchowych, przyśpieszająca wystąpienie zgorzeli. Ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego najmniej jasne są przypadki o cechach choroby Raynauda lub erytromelalgji z objawami chromania przestankowego i z zarośnięciem naczyń. Istnieją niezawodnie dwie postacie angiosklerozy swoistej: 1) częsta z pierwotnem siedliskiem sprawy chorobowej w naczyniach i 2) rzadsza ze zwyrodnieniem nerwów, poprzedzającem zamknięcie naczyń. Moment funkcjonalny ma wybitne znaczenie w obu postaciach, moment konstytucjonalny zaś wyłącznie w pierwszej. W bardzo ciężkich przypadkach z uporczywemi bólami i skłonnością do owrzodzeń poleciłbym, zamiast wyłuszczenia ze stawu i odcięcia, niewinne zabiegi operacyjne (wyciąganie, wykręcanie i wycinanie) na pniach nerwowych, lub też na zwojach współczulnych, okalających większe naczynia«.

Wyciąganie nerwu uważałem poniekąd za równoznaczne z wycinaniem sympatycznych włókień okołonaczyniowych, wychodząc z tej zasady, że przy silnem wyciąganiu nerwu najłatwiej ulegają urażeniu ewentualnie rozerwaniu cienkie włókienka amyelinowe sympatyczne, rozsiane w mieszanych, częściej w czuciowych nerwach obwodowych.

W innem miejscu tegoż artykułu polecam: 1) »przecięcie w obrębie trójkąta Scarpy włókien nerwowych (naczynioruchowych), otaczających tętnicę udową lub 2) wyciąganie odpreparowanego na przestrzeni 2 ctm. łatwo dostępnego nerwu piszczelowego tylnego, w okolicy kostki wewnętrznej... Prawdopodobnie wytwarza się lepsze krążenie uboczne i wstrzymuje się dalsze zarastanie drobnych naczyń«.

Tę *»sympathectomie périarterielle«* — gdyż inaczej tego zabiegu sam nazwaćbym nie mógł — stosowałem kilkakrotnie w owych czasach z mniejszym lub większym wynikiem korzystnym w sprawach nerwowo- czyli naczyniowo-troficznych na kończynach dolnych, nie zamierzając bynajmniej polecać tak uniwersalną metodę wyłącznie dla dolnej kończyny.

Wprawdzie nie chodziło w materjale moim o blizny lub nerwiaki pourazowe, drażniące zakończenie nerwów, jak to miało miejsce w materjale wojennym Leriche'a i innych, ale nie mniej o stan podrażnienia, podtrzymywany po części przez stały degeneracyjno-sklerotyczny proces naczyniowy, po części zaś przez napadowe wpływy wazokonstrykcyjne. »Mówiąc o wrodzonem upośledzeniu narządu naczyniowego — brzmi odnośny ustęp artykułu mojego — należy mieć na względzie, że nie tylko różne warstwy naczyniowe mogą być podścieliskiem choroby, że upośledzony może być narząd nerwowy, regulujący tonus naczyń: zarówno zwoje automatyczne, jak zakończenia czuciowe nerwów w postaci ciałek Vater-Paciniego, zaopatrujące obficie adventitiam«.

Nie mam potrzeby dowodzić, że odłuszczanie lub odwarstwianie zewnętrznej powłoki tętnicy z omotającemi ją naczynioregulującemi włóknami nerwowemi, zmienionemi organicznie lub funkcjonalnie, zastosować się daje w każdem innem cierpieniu naczyniowo-nerwowem, przebiegającem z bólami, parestezjami, kauzalgją, skurczem naczyń i zaburzeniami odżywczemi, w każdej bez wyjątku kończynie, górnej czy dolnej, w każdem miejscu, bardziej proksymalnie lub dystalnie położonem. Nie mam też potrzeby dyskutować

---

[1]) H. Higier. Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerioticae« (chromanie przestankowe Charcota) oraz t. zw. gangraenae spontaneae«, Gaz. Lek. 1901. i Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. XIX. str. 436—496).

w tem miejscu pytania co do wyższości tej metody, teoretycznie racjonalnej, nad innemi w tym celu proponowanemi, jak Wietinga anastomozą tętniczo-żylną, jak zamrażaniem nerwu, nowokainową przerwą przewodnictwa nerwu i t. d.

Poruszyłem temat nader aktualny w neurochirurgji w tem miejscu głównie po to, aby wykazać, że nie są nowe i oryginalne 1) ani poglądy na patogenezę t. zw. zaburzeń naczyniowo-troficznych, przytaczane przez prof. Brüninga, 2) ani też metoda operacyjna, zachwalana podczas wojny przez lekarzy francuskich, rosyjskich i angielskich w sprawach nerwowych urazowych, bólowych i odżywczych, 3) ani też koncepcja Forstera zastosowania tegoż zabiegu w t. zw. nerwicach naczynioruchowych. Najmniej mogę uważać za nową metodę leczniczą *»sympathectomie périartérielle«* prof. Leriche'a, którą umotywowałem, zalecałem i stosowałem niejednokrotnie z górą przed dwudziestu laty [1]).

Dr. TADEUSZ PAWLAS, I. asyst. klin. Kraków.

Śródmiąższowe wstrzykiwania olejku terpentynowego, jako środek leczniczy w chorobach skórnych i wenerycznych.

(Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor Prof. Dr. J. Lenartowicz).

(Ciąg dalszy).

Objawów podrażnienia nerek, o co obawialiśmy się przy rozpoczęciu prób, nie mieliśmy nigdy, nawet przy podawaniu dużych i często powtarzanych dawek. Przy badaniu moczu kwasem azotowym lub sulfo-salicylowym, nigdy nie stwierdziliśmy obecności białka. U szeregu chorych, u których stosowaliśmy największą ilość wstrzykiwań terpentynowych, wykonaliśmy w pewien czas po ukończeniu leczenia badanie czynnościowe nerek. U wszystkich badanych chorych wypadło ono zadowalniająco. Podaną im na czczo herbatę w ilości półtora litra wydzielili w zupełności w przeciągu 4 godzin. Krzywa wydzielania i ciężaru gatunkowego, ilość chlorków i białka była zupełnie prawidłowa. Zgadza się to zresztą z zapatrywaniem szeregu autorów, z których niektórzy nie boją się zadrażnienia nerek tak dalece, że wstrzykują olejek terpentynowy nawet przy zapaleniach nerek (Karo[14]).

Wstrzykiwań śródmiąższowych olejku terpentynowego zastosowaliśmy dotychczas 839 w 191 przypadkach chorób skórnych i wenerycznych. Na ilość tę złożyły się następujące grupy chorobowe:

I. Choroby weneryczne:

a) wiewiór ostry cewki przedniej	8
b) wiewiór ostry cewki przedniej i tylnej	20
c) wiewiórowe zapalenie najądrza	87
d) wiewiórowe zapalenie gruczołu krokowego	9
e) wiewiórowe zapalenie stawów	5
f) wrzody miękkie	6
g) wrzody miękkie i dymienice pachwinowe	16
h) kiła świeża	1
i) aktywowanie kiły utajonej	6
Razem	108

II. Choroby skórne:

a) Grzybek strzygący powierzchowny	3
b) grzybek strzygący głęboki	10
c) folliculitis agminata	2
d) figówka brody	6
e) trądzik zwyczajny	8
e) trądzik głęboki	2
f) trądzik różowaty	2
g) świerzbiączka	8
h) świąd starczy	4
i) ostre wypryski i ropne zapalenie skóry	8
j) czyraczność skóry	7
k) liszajc zwykłe	2
l) liszaje obrączkowate	1
l) toczeń skóry	3
m) powiększenie gruczołów szyjnych	5
n) liszaj rumieniowaty	2
o) liszaj czerwony płaski	1
p) twardziel nosa	1
r) łuszczyca	2
s) promienica	1
t) wrzody podudzia	4
u) choroba Duhringa	1
Razem	83

Przechodzę do omawiania wyników leczniczych, uzyskanych w poszczególnych grupach chorobowych i zaczynam od najliczniej reprezentowanej grupy schorzeń wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Z pośród 79 przypadków wiewióra i jego powikłań, leczonych wstrzykiwaniami terpentyny, najładniejsze i najkorzystniejsze wyniki mieliśmy w ostrych i przewlocznych zapaleniach najądrza. Była to cyfrowo największa grupa schorzeń leczonych tym środkiem, omawianie więc naszych przypadków zaczynam od tej właśnie grupy, podając na wstępie kilka najbardziej charakterystycznych historyj chorób.

I. przypadek. H. J. rolnik, 25-letni, przechodził rzerzączkę dwukrotnie. Obecnie od czterech miesięcy wyciek z cewki — od 2 tygodni obrzęk lewego najądrza. Leczony dotychczas przez felczera.

Stan 19. 6. 1921. Obfity wyciek ropny z cewki. Gcc ++++. Obie części moczu silnie zmącone. Silny obrzęk i bolesność lewego najądrza. Zastosowano I. wstrzyknięcie 0.3 20% ol. ther. w olejku migdałowym w punkcie Klingmüllera. W godzinę po wstrzyknięciu ból dosyć znaczny w całej prawie nodze, trwający do rana. Najwyższa ciepłota 37.3.

20. 6. Ból nieznaczny w miejscu wstrzyknięcia. Ciepłota prawidłowa. Chory czuje się dobrze, apetyt bardzo dobry. Bolesność najądrza mniejsza, obrzęk utrzymuje się. Wyciek nieco słabszy. Gcc ++++. Obie części moczu silnie zmącone.

22. 6. Bolesność i obrzęk najądrza znacznie mniejsze. Wyciek skąpy. Gccc ++. I. część moczu silnie zmącona, II-ga czysta. II. inj. ol. ther. 20% 0.6 ccm. W pół godziny po wstrzyknięciu silny ból w nodze, utrzymujący się dobę. Ciepłota dochodzi wieczorem do 38.3° C.

24. 6. Najądrze lewe niebolesne, nawet przy ucisku, lekko tylko powiększone i stwardniałe. Wycieku z cewki niema. Obie części moczu czyste. III. inj. ol. ther. 0.8.

28. 6. Wyciek z cewki. — Stwardnienie najądrza ledwie wyczuwalne. IV. inj. ol. ther. 0.8.

29. 6. Obie części moczu czyste. Chory pozostaje bez leczenia do 4. 7., poczem, wobec braku wycieku i czystych obu części moczu, wstrzyknięcie wywołujące (prowokacyjne) 1% roztworu azotanu srebrowego sposobem Guyona.

5. 7., 6. 7. Bez wycieku. Mocz w obu częściach czysty. 2% roztwór azotanu srebra modo Guyon.

7. 7. i 8. 7. bez wydzieliny, mocz I. i II. czysty. Chory wyleczony opuszcza klinikę.

Chory powyżej opisany, przyjęty do kliniki z powodu ostrego wiewiórowego zapalenia przedniej i tylnej części cewki moczowej, powikłanego ostrem zapaleniem lewego najądrza, został wypuszczony do domu po 19 dniach, jako zupełnie wyleczony. Leczenie właściwe (cztery wstrzyknięcia śródmiąższowe 20% olejku terpentynowego) trwało 10 dni, przyczem poza terpentyną nie podawano choremu żadnych innych środków leczniczych. Nie zastosowano nawet miejscowo okładów na obrzękłe i bardzo bolesne najądrze. W czasie pozostałych 9 dni obserwowano tylko chorego i stosowano tylko sposoby prowokacyjne, celem upewnienia się o zupełnem wyleczeniu chorego. Działanie terpentyny w tym przypadku wydaje mi się poprostu zdumiewające. Nie znam z piśmiennictwa przypadku, gdzieby opisano działanie innego jakiegoś środka równie energiczne, a przedewszystkiem równie szybkie.

II. przypadek. T. R. urzędnik, 30-letni, przebywał rzerzączkę trzykrotnie, przed 12, 8 i 2 laty. Obecne zakażenie od 10 dni. W dwa dni po stosunku obfity wyciek ropny, w 24 godzin później wystąpiło bardzo silne parcie na mocz, a w 5 dniu choroby, rzekomo po wypiciu większej ilości alkoholu, okrzęk i silny ból obu najądrzy.

Stan 20. 5. 1920 r. Skąpy ropny wyciek z cewki. Gcc ++++. Mocz w pierwszej części silnie, w drugiej słabo zmącony. Oba najądrza bardze silnie obrzękłe i bardzo bolesne. Zastosowano odrazu wstrzyknięcie 0.3 ccm 20% olej. terp., a w dwa dni później powtórzono tę samą dawkę. Ciepłota najwyższa po pierwszem wstrzyknięciu 37.5, po drugiem 37.2. Bolesność około miejsca wstrzyknięcia bardzo nieznaczna, utrzymująca się każdorazowo około 24 godzin. Parcie na mocz ustąpiło w 24 godzin po pierwszem wstrzyknięciu terpentyny. Bolesność najądrza ustąpiła w trzech dniach zupełnie. Chory podawał, że znaczną ulgę odczuł w kilka godzin po pierwszem wstrzyknięciu. Obrzęk najądrzy, zwłaszcza lewego, utrzymywał się znacznie dłużej i ustąpił zupełnie dopiero po piątem wstrzyknięciu olejku terpentynowego (1 ccm), wykonanem w 14 dniu

---

[1]) Por. H. Higier i A. Zawadzki. Endarteriitis obliterans z chromaniem przestankowem i drganiem włókienkowem, pomyślnie zoperowana t. zw. metodą Leriche'a (demonstracja w Warsz. Tow. Neurol. 17. VI. 1922).

choroby. W tym samym mniej więcej czasie ustąpiło również zmącenie drugiej części moczu. Pierwsza część moczu przeźroczysta zawierała nieliczne jeszcze strzępki. Dwoinek wiewiórowych w strzępkach badanych drobnowidowo wówczas już nie znaleziono. Zastosowano jeszcze wstrzykiwania $^{1}/_{4}$%, potem $^{1}/_{2}$% cholewału do przedniej cewki. Po 10 dniach wstrzykiwania, w 25 dniu choroby, wobec zupełnie czystych, przeźroczystych obu części moczu, zrobiono prowokacyjne wstrzyknięcie artigonu dożylnie (0.1 ccm), a w dwa dni później zakroplenie 2% azotanu srebrowego sposobem Guyona, poczem wobec ujemnego badania mikroskopowego na dwoinki wiewiórowe, chorego uznano za wyleczonego. Potwierdziło to kilkakrotne późniejsze kontrolne badanie.

Leczenie w powyższym przypadku trwało 25 dni, a łącznie z następową prowokacją i kilkudniową kontrolą 4 tygodnie, a więc jak na tak ciężki i powikłany przypadek niepomiernie krótko. Doskonały i szybki wynik ostateczny możemy przypisać tylko terpentynie.

III. przypadek. D. K. słuchacz filozofji, 21-letni. Pierwsze zakażenie wiewiórowe przed rokiem miało przebieg bardzo łagodny. Leczony wówczas około 5 tygodni wstrzykiwaniami do przedniej cewki. Obecnie w 10 dni po zauważeniu wycieku zgłasza się do leczenia.

Stan 27. 11. 1921 r. Obfity wyciek ropny z cewki. Mikroskopowo liczne dwoinki wiewiórowe i ciałka ropne. Obie części moczu silnie zmącone. Parcia na mocz niema. Zastosowaliśmy wewnętrznie przetwory salicylowe i przystąpiliśmy do przepłukiwań pęcherza rozczynem nadmanganianu potasu (1:4000) sposobem Janeta w odstępach 24 godzinnych. W dwa dni po trzeciem przepłukiwaniu zjawił się chory z obrzękiem i bolesnością prawego najądrza. Wstrzyknięto mu dwukrotnie w odstępie trzydniowym po $^{1}/_{2}$ ccm terpilanu, poczem chory zgłosił się do ambulatorjum dopiero w 12 dni po drugiem wstrzyknięciu, tłumacząc opóźnienie tem, że nazajutrz po drugiej dawce terpilanu dostał silnych dreszczy i gorączki, dochodzącej do 38.5, trwającej około 5 dni. Chory był tem tak osłabiony, że leżał w łóżku około 10 dni. Podawał, że bolesność i powiększenie najądrza ustąpiło już na drugi dzień po drugiem wstrzyknięciu. Wyciek również ustąpił, wobec czego nie stosował żadnych środków leczniczych przeciwwiewiórowych. Stan chorego przy zgłoszeniu się do ambulatorjum (19 dzień choroby) był następujący: najądrze prawe zupełnie normalne, niebolesne, nawet przy ucisku. Wydzieliny z cewki nie było zupełnie. Mocz w obu częściach czysty. Zastosowano prowokacyjne wstrzyknięcie dożylne artigonu (0.2) i dwukrotne zakroplenie 1 i 2% azotanu srebrowego sposobem Guyona, poczem wobec stale utrzymujących się obu części moczu czystych i ujemnego wyniku badania mikroskopowego uznano chorego za wyleczonego. Potwierdziło to dwukrotne kontrolne badanie chorego w 10 i 20 dni później.

W przypadku powyższym dwa wstrzyknięcia śródmiąższowe terpilanu (po $^{1}/_{2}$ ccm) doprowadziły do zupełnego wyleczenia. Według opowiadania chorego przechodził on po drugiem wstrzyknięciu »hiszpankę« z wysoką gorączką. Mogła ona w znacznej mierze przyczynić się, a nawet spowodować wyleczenie. Mam jednakże przekonanie, że powodem gorączki i domniemanej »hiszpanki« było właśnie wstrzyknięcie terpilanu z następowym tak silnym i długotrwałym odczynem i że ono właśnie wraz z wszystkiemi wywołanemi przez siebie następstwami doprowadziło do tak skutecznego wyniku leczniczego.

W pozostałych 34 przypadkach spostrzeganych przez nas zapaleń wiewiórowych najądrzy, leczonych terpentyną, wyniki lecznicze były szybkie i dobre. Działanie wstrzykiwań nie zawsze było tak efektowne, jak w powyżej opisanych trzech przypadkach, powodowało jednakże bardzo szybkie ustąpienie bolesności zajętego najądrza i doprowadzało niezawodnie w każdym przypadku do zupełnego wyleczenia najądrza w krótkim czasie. Poza tem wstrzykiwania terpentyny oddziaływały znakomicie na sprawę toczącą się w cewce i skracały bardzo znacznie czas leczenia wiewióra wogóle i chroniły od pojawiania się innych powikłań. W żadnym też przypadku nie przyszło do pojawienia się nawrotów, tak częstych przy innych sposobach leczenia.

Ilość wstrzyknięć, jaką stosowaliśmy w powyższych przypadkach, i czas leczenia były następujące:

Na 37 przypadków, jedno, czy obustronne zapalenie najądrzy ustąpiło:

1) Po jednem wstrzyknięciu w 5 przypadkach
2) Po dwóch wstrzyknięciach w 8 przypadkach
3) Po trzech wstrzyknięciach w 10 „
4) Po czterech wstrzyknięc. w 11 „
5) Po pięciu wstrzyknięciach w 2 „
6) Po sześciu wstrzyknięciach w 1 „

Całe leczenie rzerzączki w podanych przypadkach, od zastosowania pierwszej dawki terpentyny aż do zupełnego wyleczenia, trwało:

w jednym przypadku 10 dni
„ „ „ 19 „
w siedmiu przypadkach od 3 do 4 tygodni
„ dwunastu „ „ 4 „ 5 „
„ „ „ „ 5 „ 6 „
a tylko w czterech przypadkach dłużej niż sześć tygodni.

Z pośród innych powikłań wiewiórowych bardzo dodatnie wyniki lecznicze dawało nam stosowanie terpentyny w zapaleniach stawów. Chorych tego rodzaju obserwowaliśmy pięciu. Były to przeważnie przypadki (trzy), gdzie chorzy zgłosili się do leczenia późno i gdzie zajęcie jednego, czy też większej ilości stawów istniało już kilka tygodni. We wszystkich tych przypadkach wynik stosowania śródmiąższowych wstrzykiwań olejku terpentynowego był wprost świetny.

U chorego np., który zgłosił się z trwającym od 4 tygodni obrzękiem i bolesnością stawu łokciowego lewego, barkowego, skokowego i międzyczłonowych ręki lewej, obrzęk i bolesność zajętych stawów ustąpiły już po drugiem wstrzyknięciu terpentyny (0.5 i 0.8 20% ol. terp.) w piątym dniu leczenia. Jedynie ból w stawie skokowym utrzymywał się dłużej, w każdym jednak razie chory po dalszych dwu wstrzyknięciach (0.8 ccm i 1 ccm), w drugim tygodniu leczenia, chodził już bez laski, a w kilka dni później nie było już śladu bolesności w stawie skokowym. Leczenie wiewióra cewki trwało i w tym przypadku krótko (sześć tygodni). Mocz, początkowo silnie zmącony w obu częściach, wyjaśnił się w drugiej części zupełnie już po trzeciem wstrzyknięciu terpentyny. Przystąpiono wtedy do leczenia przedniej części cewki przestrzykiwaniami soli srebrowych i doprowadzono do zupełnego wyleczenia wiewióra w czasie bardzo krótkim (łącznie 38 dni leczenia).

W pozostałych przypadkach podobnych wyniki były zbliżone do opisanego. Leczenie trwało wraz z zabiegami prowokacyjnemi i kontrolą kilkudniową od 6 do 9 tygodni.

W zapaleniach gruczołu krokowego, tak ostrych (3), jak przewlocznych (6), mieliśmy wyniki znacznie gorsze. Przypadki ostrego wiewiórowego zajęcia gruczołu krokowego ustępowały bardzo wolno, nawet pod wpływem bardzo częstych i dużych dawek terpentyny, w czasie niejednokrotnie dłuższym, niż po stosowaniu szczepionek (gonargina, artigon). Zapalenia zaś przewloczne zupełnie nie oddziaływały na terpentynę. Musieliśmy bez wyjątku we wszystkich przypadkach przejść do stosowania innego sposobu leczenia.

Dziwiły nas też bardzo, wobec tych niepowodzeń, twierdzenia innych autorów, np. wymienionego już francuskiego dermatologa M. Pacou, który podaje dobre wyniki lecznicze terpentyny przy zapaleniach wiewiórowych gruczołu krokowego. Jednakże i w tych 9 naszych przypadkach wstrzyknięcia terpentynowe nigdy nie były bezowocne. Nie wywierając korzystnego wpływu na gruczoł krokowy, poprawiały stan ogólny chorego i powodowały znaczne zmniejszenie się wycieku i szybkie oczyszczanie się zwykle silnie zmąconej drugiej części moczu, a co zatem idzie, skrócenie czasu trwania choroby. Nigdy więc i w tych przypadkach nieprzyjemne nieraz objawy uboczne, jak np. ból nogi silnego stopnia, nie były bezcelowe i nie szły na marne. Odwrotnie przynosiły one zawsze następowo znaczną ulgę i rychłą nieraz poprawę sprawy toczącej się w śluzówce cewki moczowej.

Zauważywszy przy sposobności leczenia powikłań to znakomite działanie terpentyny na sprawę toczącą się w śluzówce cewki moczowej, rozpoczęliśmy z biegiem czasu wstrzykiwać olejek terpentynowy w ostrych, potem także w przewlocznych niepowikłanych przypadkach wiewióra, a nieco później wbrew ostrzeżeniom Klingmüllera, także i przy zajęciu części tylnej cewki moczowej. Są to przypadki, gdzie artigon, gonargina i inne szczepionki niemal z reguły zawodziły, a co gorsza niejednokrotnie wywoływały znaczne zaostrzenia sprawy chorobowej, a nawet wystąpienie powikłań. W spostrzeganych przez nas przypadkach wiewióra części przedniej (8) i tylnej (20) cewki terpentyna również święciła tryumfy. Ratowała ona nas niejednokrotnie w przypadkach, które dzięki niesłychanej uporczywości i dzięki ustawicznemu pojawianiu się nawrotów doprowadzały chorych do rozpaczy. W przypadkach tych nieraz dwa czy trzy wstrzyknięcia śródmiąższowe olejku terpentynowego z następowem leczeniem silnemi rozczynami soli srebrowych, doprowadzały z reguły do szczęśliwego, niecierpliwie przez chorego i przez lekarza oczekiwanego wyniku leczniczego. Wstrzykiwania te były niejako

punktem zwrotnym w przebiegu źle leczącej się dotychczas rzeżączki, robiły wyłom w niepowodzeniach i były najlepszą bronią na oporny szczep dwoinek wiewiórowych.

W przypadkach przebiegających prawidłowo podawaliśmy terpentynę w celach poniekąd zapobiegawczych, mających chronić od pojawienia się powikłań. Stosowaliśmy ją głównie wówczas, gdy chorzy, zgłosiwszy się do leczenia ze świeżą rzeżączką, podawali w wywiadach, że w poprzednio przebytych zakażeniach wiewiórowych, mimo przestrzegania najściślejszego wszystkich przepisów lekarskich i mimo bardzo starannego leczenia, zawsze dostawali jakichś powikłań, o ciężkim niejednokrotnie przebiegu. Wstrzykiwaliśmy również terpentynę w kilku przypadkach rzeżączki, nabytej po raz pierwszy. W żadnym i z tych przypadków nie doszło do powikłań. Zdarzały się tu i ówdzie zmętnienia drugiej części moczu, przemijały one jednakże zawsze szybko i bezpowrotnie, najczęściej bez jakiegokolwiek leczenia tylnej części. Czas trwania choroby był zaś we wszystkich tych przypadkach mniej lub więcej krótszy niż w przypadkach podobnych, leczonych analogicznie, ale bez zastosowania terpentyny.

Jedynym przypadkiem rzeżączki, gdzie wstrzyknięcie terpentyny i to jej przetworu, najlepiej zwyczajnie znoszonego, bo terpichiny, nie tylko zawiodło, ale, gdzie mimo wstrzyknięcia, czy też właśnie z powodu wstrzyknięcia wystąpiło silne zaostrzenie sprawy chorobowej, to przypadek w którym wstrzyknięto terpichinę dwukrotnie (0.5, 0.8 ccm) w odstępie dwudniowym przy krwawieniu końcowem na tle wiewióra (*Haematuria terminalis gonorrhoica*). W przypadku tym stwierdziliśmy zaraz po drugiem wstrzyknięciu bardzo znaczne pogorszenie. Krwawienie końcowe wzmogło się, wystąpiło silne parcie na mocz, chory co pięć do 10 minut oddawał mocz z ogromnemi bólami, wystąpiła silna bolesność w okolicy pęcherza, rozwinęło się w szybkim czasie ostre zapalenie pęcherza, przebiegające bardzo gwałtownie, utrzymujące się przez długi czas bez zmiany, mimo bardzo troskliwego leczenia i opieki.

Czy specjalnie przy krwawieniu końcowem terpentyna wywiera tak niekorzystne działanie i czy rzeczywiście w przypadku powyższym ona to spowodowała, nie wiemy, gdyż nie mieliśmy już odwagi, po tem smutnem doświadczeniu, próbować dalszych wstrzykiwań terpentynowych w innych przypadkach krwawienia końcowego.

We wrzodach miękkich stosowaliśmy terpentynę w dwudziestu dwóch przypadkach, z czego 16 było powikłanych zajęciem gruczołów pachwinowych. I w tej grupie schorzeń mieliśmy we wszystkich przypadkach wyniki świetne. Zwykle 3 do 4 wstrzyknięcia śródmiąższowe terpentyny wystarczały do spowodowania wessania się największych nawet dymienic pachwinowych, nieraz rozmiękających już i chełbocących, nadających się na pierwsze wejrzenie jedynie do zabiegu operacyjnego. Ból miejscowy w pachwinie i okolicy owrzodzeń zmniejszał się bardzo znacznie z reguły po pierwszem już wstrzyknięciu. Niejednokrotnie ustępował bez śladu i bezpowrotnie. Następne wstrzyknięcia stosowano już tylko celem przyśpieszenia wessania się dymienic i oczyszczenia się owrzodzeń, co następowało nawet bez miejscowego użycia środków odkażających.

Najładniejszy, najefektowniejszy i najbardziej rzucający się w oczy przypadek tej grupy, to przypadek wielokrotnych wrzodów miękkich u młodego 23-letniego handlarza L. S. Wrzody w tym przypadku były bardzo bolesne, o niesłychanie złośliwym charakterze, drążące głęboko, dwa z nich przebiły do cewki moczowej. Chory zgłosił się do kliniki w 3 tygodnie po wystąpieniu wrzodów, leczony dotychczas przez lekarza prowincjonalnego bardzo energicznemi środkami miejscowemi. Według twierdzenia chorego leczenie to nie tylko nie dało dodatniego wyniku, ale przeciwnie sprawa okazywała dążność do bardzo szybkiego rozwijania się. Wstrzykiwania olejku terpentynowego, zastosowane zaraz po przyjęciu chorego do kliniki, zmieniły obraz chorobowy bardzo szybko, wprost namacalnie. Chory przestał się uskarżać na niezmiernie silne przedtem bóle przy oddawaniu moczu. Owrzodzenia same były już na drugi dzień po pierwszem wstrzyknięciu bardzo mało bolesne i poczęły się szybko w miarę dalszych wstrzykiwań oczyszczać i wypełniać tkanką ziarninową. W dwa tygodnie po przyjęciu chorego w miejscu owrzodzeń widoczne były tylko gładkie niewielkie blizenki. Również przetoki łączące przedtem owrzodzenia żołędzi z cewką wypełniły się zupełnie tkanką bliznowatą.

W 2 tylko przypadkach dymienic przyszło, mimo zastosowania wstrzykiwań terpentynowych, do samoistnego przebicia, ewentualnie do zastosowania nacięcia rozmiękłych gruczołów. Były to jednakże przypadki, w których mimo całej wiary, jaką pokładam w tym właśnie sposobie leczenia, nie myślałem, aby sprawa mogła zejść inaczej. W obu przypadkach stan ówczesny chorych wykazywał gruczoły w formie guzów wielkości pięści, niesłychanie bolesnych, zupełnie rozmiękłych, pokrytych cieniuchną, prawie pergaminowatą skórą, przez którą przeświecała wypełniająca gruczoł ropa. I w tych przypadkach podawanie terpentyny wywarło wpływ bardzo korzystny. Bolesność zmian chorobowych ustąpiła bardzo szybko w znacznym stopniu. Nacięcie wykonano bez znieczulenia. Mimo to chory zachowywał się bardzo spokojnie i twierdził, że ból przy przecinaniu gruczołu, a następnie przy wyciskaniu ropy był znośny. Uderzało to wobec tak pospolitego uskarżania się chorych na ogromne bóle, zwłaszcza przy wyciskaniu ropy i wypełnianiu gazą powstałej po przecięciu jamy.

W 2. przypadku gruczoł rozmiękły sam przebił na zewnątrz. Pierwszy opatrunek w tym przypadku nie był zbyt bolesny. Pozatem jamy powstałe po przebiciu i nacięciu oczyszczały się i zabliźniały poprostu w oczach, w czasie nierównie szybszym, niż to się dzieje zwyczajnie. Blizny w obu przypadkach były bardzo małe i gładkie, a więc i efekt kosmetyczny był piękny.

W kile nie stosowaliśmy terpentyny w celach leczniczych, i nie próbowaliśmy jej działania, wykluczając z góry możliwość jakiegokolwiek oddziaływania na krętki blade. Potwierdziły to zresztą rychło dwa przypadki, w których przy istniejącej kile wstrzykiwaliśmy olejek terpentynowy z powodu istnienia równoczesnego innej sprawy chorobowej. Pierwszy z tych przypadków był bardzo ciekawy i charakterystyczny.

Chory M. S. 34-letni rolnik, silnie zbudowany i doskonale odżywiony, zgłosił się do kliniki celem leczenia istniejących u niego już od trzech tygodni owrzodzeń prącia i dymienic pachwinowych obustronnych. Z powodu silnego obrzmienia prącia i równoczesnej stulejki nie można było zbadać owrzodzeń, które wyczuwało się w rowku żołędnym i na wewnętrznej blaszce napletka. Gruczoły pachwinowe były bardzo bolesne, nieco chełbocące, bardzo silnie powiększone, szczególnie lewostronny, dochodzący wielkości pięści. Odczyn Wassermanna ujemny.

Wstrzyknięto choremu zaraz 0.4 ol. ter. 20% śródmiąższowo. W dwa dni później 0.7 ccm. W 4 dniu po przyjęciu chorego obraz chorobowy był nie do poznania zmieniony. Znikła bez śladu niemal bolesność owrzodzeń i tak dotkliwa poprzednio bolesność gruczołów pachwinowych. Gruczoł lewostronny, dochodzący pierwotnie wielkości pięści, rozmiękły, zmniejszył się do ¼ pierwotnej wielkości i stał się wybitnie twardy. Zastosowano dwa dalsze wstrzyknięcia (a 1 ccm) i wówczas uderzyło nas to, że gruczoły pachwinowe nie zmniejszają się już ani nie wracają do normalnej spoistości, lecz odwrotnie nieco się zwiększają i twardnieją. Zastanowiło nas również silne stwardnienie, jakie się wyczuwało przez napletek w okolicy wędzidełka. Wykonaliśmy wówczas powtórnie badanie krwi na O. W., które dało wynik z jednym antigenem słabo, z drugim silnie dodatni. Ostatnie nasze wątpliwości rozpoznawcze rozwiało ukazanie się po pierwszem wstrzyknięciu neosalwarsanu (0.45) obfitej wysypki plamistej, rozrzuconej po całym tułowiu i kończynach.

W przypadku tym przekonaliśmy się dowodnie, że leczenie terpentyną, które oddziałało tak znakomicie leczniczo na istniejące wrzody miękkie i rozmiękający, chełbocący już gruczoł pachwinowy, nie wywarło najmniejszego korzystnego wpływu na przebieg równocześnie rozwijającej się w ustroju kiły i nawet nie odwlekło wystąpienia czy to dodatniego O. W., czy to obfitej osutki.

Używaliśmy później kilkakrotnie wstrzykiwań terpentynowych w kile w celach wywoławczych (prowokujących). Próby podobne robiono już przedtem z mlekiem i innemi ciałami białkowemi. Np. G u s z m a n ([42]) uzyskał w kile, gdzie na skutek leczenia swoistego przyszło do zmiany odczynu Wassermanna z dodatniego na ujemny, ponowne wystąpienie dodatniego O. W. w następstwie wstrzyknięcia 10 cm mleka śródmiąższowo w 15% przypadków. Podobnie w przypadkach kiły utajonej z odczynem Wassermanna ujemnym uzyskał G u s z m a n przez wstrzyknięcie 10 ccm mleka w 15 na 63 przypadków odczyn Wassermanna dodatni. Autor ten przy-

puszcza, że zmiana O. W. pod wpływem wstrzyknięcia mleka w przytoczonych przypadkach nastąpiła wskutek wzmożonej czynności komórek ustrojowych i zwiększonej ich wrażliwości, co przy obecności krętków bladych w ustroju wywołało tworzenie się nowych „reagin" i następową zmianę odczynu.

Podobnę próby robiliśmy i my, wstrzykując śródmiąższowo zamiast mleka olejek terpentynowy. Wbrew przewidywaniom jednak nie udało się nam zmienić ani razu O. W. ujemnego na dodatni, ani w przypadkach kiły utajonej z O. Wassermanna ujemnym, ani też w przypadkach, gdzie uprzed nio uzyskaliśmy przez leczenie przejście odczynu Wassermanna z dodatniego na ujemny. Na podstawie rozważań teoretycznych, zapoczątkowanych przez doświadczenia Kyrlego, który lecząc kiłę rtęcią i wstrzykiwaniami mieka zauważył, że potrzeba bardzo małych dawek rtęci, by usunąć objawy kiłowe i wywołać zniknięcie O. W., należałody jeszcze spróbować wstrzykiwania przetworów terpentynowych w czasie leczenia kiły obok leczenia salwarsanem i rtęcią. Wzmożona czynność komórek ustrojowych, jaką powodują wstrzykiwania terpentyny, uczulenie pierwoszczy powinnoby spowodować wybitniejszy i bardziej nasilony udział ustroju w walce z jadem kiłowym, co, zesumowane z równoczesnem działaniem rtęci i krętkobójczem działaniem salwarsanu, powinnoby dać pewniejsze i szybsze rezultaty lecznicze. W praktyce dotychczas podobnego, złożonego leczenia kiły nie zastosowaliśmy, zamierzamy jednakże w najbliższej przyszłości wypracować tego rodzaju sposób leczenia i wypróbować jego skuteczność na szeregu przypadków. (Dok. nast.)

T. KRASNOPOLSKI. Warszawa.

Przypadek torbieli naskórkowej dłoni pochodzenia urazowego.

Z 2-go Chirurgicznego oddziału Szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie, Dr. Z. Sławiński.

Torbiele naskórkowe są zjawiskiem dość rzadkiem; wielu doświadczonych chirurgów nie spostrzegało ich w praktyce swojej ani razu. Nie ulega jednakże wątpliwości, że rozpoznaje się je często jako kaszaki lub torbiele skórzaste, tem też można tłomaczyć szczupłą liczbę ogłoszonych przypadków torbieli naskórkowych. Powyższe względy skłaniają mnie do ogłoszenia następującego przypadku przezemnie spostrzeganego.

Chory J. W., lat 35, ślusarz; przed 8-miu miesiącami ukłuł się cienkim drutem w prawą dłoń u podstawy palucha; ranka zgoiła się bez żadnych powikłań. Po upływie 6-ciu tygodni powstało w tem miejscu stwardnienie kuliste, które zrazu nie wywoływało żadnych dolegliwości, z biegiem czasu jednak, w miarę jak się powiększało, powodowało ból przy braniu do ręki narzędzi pracy. Ostatniemi czasy ból stał się tak dotkliwy, że chory stracił możność pracy i to też zniewoliło go do zasięgnięcia porady chirurgicznej.

Na prawej dłoni, u podstawy palucha, torbiel wielkości dużego orzecha laskowego; dłuższa średnica torbieli tej przebiegała w poprzek palca; twarda, sprężysta, spojona ze skórą niezmienioną, nie spojona z głębiej leżącemi tkankami (ścięgnem), dawała się przesuwać wraz ze skórą we wszystkich kierunkach. Ruchy palucha były nieograniczone.

W znieczuleniu nowokainą torbiel wyjąłem w całości wraz z pokrywającą skórą. Szew skórny. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

Badanie anatomiczne usuniętej torbieli przeprowadził p. Dr. Skubiszewski. Dało ono następujący wynik: Przy oglądaniu okiem golem twór ten ma wygląd jajowaty, a średnica jego po utrwaleniu wynosi 2 ctm; twór spłaszczony jest nieznacznie, spoistość jego jest wzmożona, przy ucisku wykazuje prężność podobną do piłki gumowej. Po przecięciu stwierdza się, że jest to twór torbielowaty z zawartością płynną, zawierającą nieznaczną ilość masy twardej w postaci drobnych białych ziarenek. Grubość ściany jest wszędzie jednaka, wynosi zaś $1\frac{1}{2}$ mm. Już gołem okiem można stwierdzić, że ściana torbieli składa się z trzech warstw względnie błon. Warstwa wewnętrzna ma wygląd spoisty, nieco przeźroczysty, jest zbita i przypomina swoim wyglądem macicę perłową i jest pokryta jakby łuską. Warstwa środkowa jest szara, odcina się dość wyraźnie, mniej zbita. Warstwa zewnętrzna jest szklista, barwa jej jest szaro-biała; warstwa ta jest nierównomiernie gruba i pokryta nazewnątrz szeregiem łatwo odszczepiających się zbitych włókienek lub pasemek.

Badanie drobnowidowe wykazało, że ściana torbieli składa się z naskórka, różniącego się znacznie od zwykle widocznego w skórze normalnej. W naskórku tym, tworzącym ściankę torbieli, są dwie warstwy: warstwa zrogowaciała (*stratum corneum*), która składa się z grubych pasmowatych mas i odcina się na barwionych preparatach przy barwieniu metodą v. Siason'a; od tej warstwy, którą gołem okiem określiliśmy jako błonę środkową, a która przy badaniu mikroskopowem okazała się warstwą rozrodczą (*stratum germinativum*). Poszczególne części tej warstwy są znacznie zmienione: warstwa komórek walcowatych odróżnia się tem, że komórki te są małe, zbite, owalne lub podobne do płaskich, rzadko walcowate; warstwy komórek kolczastych niema, a jej miejsce zajmują komórki warstwy ziarnistej, które mają wygląd nieprawidłowy, są małe, o ziarnach grubych i łatwo barwią się. Następna warstwa ku zewnątrz, którą po oglądaniu okiem gołem określiłem, jako błonę zewnętrzną, składa się ze zbitej tkanki łącznej z wybitnemi zmianami szklistemi, oraz z pojedynczemi naciekami, wytworzonemi z komórek limfocytowych.

Z tego wynika, że jest to torbiel, powstała wskutek wszczepienia wielowarstwowego nabłonka skóry.

Co do przyrody i sposobu powstawania tych torbieli, zaznaczyć należy, że jedni badacze zaliczali je do kaszaków, oczywiście z powodu ich kaszowatej zawartości, zapoznając fakt, że na palcach i dłoni, gdzie się one prawie wyłącznie umiejscowiają, niema elementów, gruczołów łojowych, z których zwykle powstają kaszaki; według innych poglądów torbiele takie mogą powstawać z gruczołów potowych w ten sposób, że nabłonek gruczołów zamienia się w płaski naskórek; zaliczano je wreszcie do torbieli skórzastych, chociaż nigdy nie znajdowano w nich zębów, włosów lub gruczołów. Pierwszy Reverdin (podług Gorre) przedstawił w sposób właściwy sprawę powstawania tych torbieli; autor ten podkreślił fakt, że prawie we wszystkich spostrzeganych przypadkach daje się stwierdzić uraz, jako czynnik, poprzedzający powstanie torbieli; zdaniem Reverdin'a wskutek urazu (ukłucia, zranienia, zgniecenia) dostaje się do tkanki podskórnej cząstka naskórka, zdolna do dalszego istnienia i rozwoju; komórki naskórka rozmnażają się, rogowacieją, dokoła wytwarza się otoczka z tkanki łącznej; wewnątrz powstającej torbieli gromadzą się zrogowaciałe złuszczone komórki naskórkowe i powstaje zawartość kaszowata.

Istnieją liczne dowody doświadczalne i kliniczne, stwierdzające zdolność wtłoczonego naskórka do życia i nawet dalszego jego rozrostu. Kaufmann i Schweninger (podług Klein'a) wszczepiali naskórek w tkankę podskórną także do jamy otrzewnej; w obu miejscach stwierdzono rozmnażanie komórek naskórkowych. Również w tęczówce można wywołać podobne torbiele przez wszczepienie spojówki (Horek i Doormal). Rothmund (podług Vörza) zaś wykazuje, że na 36 przypadków torbieli skórzastych tęczówki w 28 stwierdzono uraz.

Wartość doświadczeń mają dalej następne spostrzeżenia operacyjne: w celu odosobnienia nerwu i zapobieżenia zrostom z otaczającemi tkankami osłonięto nerwy w dwóch przypadkach płatkami naskórkowemi; z płatków powstały z czasem torbiele naskórkowe; w pierwszym z tych przypadków (Neugebauer) utworzyła się przetoka, z której stale wydzielała się kaszowata masa, w drugim (Vörz) przy powtórnej operacji stwierdzono obecność torbieli naskórkowej, otaczającej nerw dokoła. Martin dwa razy spostrzegał powstanie torbieli naskórkowej po operacji wrośniętego paznokcia i tłomaczy to w ten sposób, że wszczepiona w tkanki głębsze cząstka naskórka wytworzyła torbiele. Sławiński cztery razy spostrzegał powstawanie torbieli naskórkowej w wardze dolnej ust, prawdopodobnie po przygryzieniu wargi zębami. Znany jest szereg spostrzeżeń, gdzie wewnątrz torbieli naskórkowych znajdowano ciała obce; zjawisko to należy pojmować w ten sposób, że razem z obcem ciałem został implantowany naskórek, który następnie rozrósł się dokoła obcego ciała.

Za urazowem pochodzeniem torbieli naskórkowych przemawia również fakt, że powstają one wyłącznie u ludzi, pracujących fizycznie. Opisane są nadto 4 przypadki powstania torbieli po zranieniu palców podczas operacji u chirurgów, przeważnie ostremi hakami. Nie w każdym atoli poszczególnym przypadku stwierdzić można wpływ urazu, co się tem tłomaczy, że drobnego urazu nie zauważa człowiek, narażony na częste urazy, zwłaszcza o ile mu nie towarzyszy mu stan zapalny i ropienie.

Teorja powstawania torbieli naskórkowych drogą wszcze-

Wassermanna stale dodatnim. Z tego wynikałby wniosek, że ideałem leczenia byłoby usuwanie ognisk chorobowych a podtrzymywanie stale dodatniego odczynu Wassermanna. Teorją Bergla nie można też wytłómaczyć tego spostrzeżenia, że kiła złośliwa, okazująca tak często odczyn Wassermanna ujemny, nie daje, jak uczy doświadczenie kliniczne, bynajmniej na przyszłość rokowania niepomyślnego, owszem chroni poniekąd od ciężkich schorzeń metasyfilitycznych.

Ze spostrzeżeń i zapatrywań wyżej przytoczonych widać, że i w okresach późniejszych kiły jawnej czy utajonej odczyn Wassermanna nie może być dla nas bezwzględnym wskaźnikiem ani leczenia ani rokowania. Spostrzeżenia, że odczyny serologiczne krwi ujemne zawodzą, o ile chodzi o rozpoznanie schorzeń środkowego układu nerwowego, jakoteż spostrzeżenia, że nawet przy wybitnie rozwiniętych zmianach chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego odczyn Wassermanna we krwi może być i bywa często ujemny, skierowały badania serologiczne na inną drogę. Podane przez Quinckego nakłucie lędźwiowe i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego starano się zastosować do kiły znów w celach rozpoznawczych i prognostycznych, w znacznej mierze i leczniczych. Okazało się przytem, że niema bynajmniej równoległości między odczynem Wassermanna we krwi a odczynem Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, że płyn mózgowo-rdzeniowy zachowuje pod względem tego odczynu, jak i odczynów innych, pewną niezależność, pewną, że tak powiem, autonomję, i że właśnie dzięki tej autonomji zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym odnieść można jedynie i wyłącznie do schorzeń układu nerwowego. Jest to, można powiedzieć, odczyn tylko miejscowy i dlatego odczyn pozwalający wnioskować o chwilowym stanie układu nerwowego. Chwilowym, nie stałym, bo niestety okazało się z biegiem czasu, że z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego, podobnie jak z odczynów we krwi, nie można wyciągać ani ścisłych wskazań leczniczych, ani zupełnie pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość. Mimo, że odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym są odczynami, że tak powiem, miejscowemi, bardziej bezpośredniemi, niż odczyny serologiczne, to jednak z ich pomocą w istotę schorzeń nerwowych — dotąd przynajmniej — dostatecznie wniknąć nie możemy.

Do badania płynu mózgowo-rdzeniowego i do wykazania zaszłych w nim zmian posługujemy się, jak wiadomo, prócz odczynu Wassermanna także innemi odczynami, takiemi, jak odczyny Pandy'ego, Weichbrodta, Nissla (do wykazania zwiększonej ilości białka), odczynem Nonne Apelta (wykazanie globulin), odczynami koloidalnemi (odczyn Goldsool, Mastix, Benzoesowy), wreszcie kontrolą ilości ciałek białych t. j. stwierdzeniem większej lub mniejszej pleocytozy. Ponadto uwzględniano także ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zaznaczyć należy z naciskiem, że odczyny te dziś rozmaici autorowie oceniają różnie, że często nie ma współrzędności nietylko tych odczynów z odczynem Wassermanna, ale także między sobą, że wreszcie, co najważniejsze, nie ma współrzędności między temi odczynami a objawami klinicznemi.

Nonne, oceniając wartość poszczególnych odczynów, zaznacza, że odczyn Pandy'ego, jako zbyt czuły i występujący u zdrowych, nie nadaje się do oceny schorzeń kiłowych układu nerwowego, odczyn Nonne-Apelta wypada zawsze ujemnie w schorzeniach niekiłowych, a zawsze dodatnio w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, pleocytoza towarzyszy zawsze sprawom chorobowym kiłowym, ale występuje także w schorzeniach niekiłowych, zwiększa się również i u osób zdrowych, jeżeli nakłucie powtarzamy kilkakrotnie. Odczyn goldsoolowy jest, zdaniem Nonnego, zbyt zawiły, by można go stosować wygodnie w praktyce, raczej dogodniejszy jest odczyn mastyksowy. Bezwzględnie za kiłą przemawia dodatni odczyn Wassermanna, o ile nie ma dodatniego odczynu we krwi i innego niekiłowego schorzenia opon mózgowo-rdzeniowych, bo w tym przypadku opony stają się przepuszczalne dla reagin we krwi krążących a odczyn staje się przez to mylnym i nieswoistym. W wiądzie rdzenia radzi Nonne używać do odczynu Wassermanna wzrastających ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, gdy w niedowładzie postępującym już 0,2 płynu daje najczęściej wyniki pewne. Jakkolwiek badanie płynu mózgowo-rdzeniowego daje nam cenne wskazówki rozpoznawcze i pozwala na wczesne rozpoznanie spraw chorobowych, klinicznie jeszcze niewidocznych, to jednak Nonne zaznacza wyraźnie, że, zdaniem jego, z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego nie można, jak dotąd, wysnuwać żadnych pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość, nie można naprzód przewidzieć, którzy chorzy, okazujący zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, są kandydatami do wiądu rdzenia i porażenia postępującego. A przestroga ta jest dla nas ważną, bo wiąże się równocześnie z drugą opinją Nonnego w sprawie leczenia.

Nonne sprzeciwia się forsownemu leczeniu salwarsanem chorych w okresie kiły utajonej i z dodatnim odczynem Wassermanna, bo, zdaniem jego, salwarsan może zadziałać prowokująco na nieczynne ogniska układu nerwowego. Nonne przypuszcza też, że przyczyną tak częstych obecnie neurorecydyw może być leczenie salwarsanem. Rokowniczego zatem znaczenia odczyny dodatnie w płynie nie mają, co więcej, Sachs zadaje pytanie, za co uważać dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, czy za wyraz ciał ochronnych ustroju, czy też za wyraz schorzenia? Jeżeli za wyraz schorzenia, to leczenie byłoby wskazane, jeżeli za wyraz ciał ochronnych, za dowód przebytego zakażenia, to leczenie jest raczej zbyteczne.

Jeszcze wyraźniej zaznacza swoje stanowisko w tej sprawie Lesser. Według niego w przebiegu kiły układu nerwowego można się dopatrywać tej samej analogji, co w przebiegu kiły na skórze. Osutka pierwsza, gęsto rozsiana, i osutki nawrotowe, z coraz mniejszą ilością ognisk chorobowych na skórze, dowodzą jasno stopniowego samorodnego uodporniania się, samoobrony skóry przeciw jadom krętka bladego; tego samego dowodzą dodatnie odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym. Zatem tam raczej trzeba rokować gorzej, gdzie tych odczynów jako objawu samoobrony niema, niż tam, gdzie one są. Odczyny dodatnie w płynie mózgowo-rdzeniowym we wczesnych okresach kiły nie usposabiają bynajmniej, zdaniem Lessera, do przyszłego wiądu rdzenia lub porażenia postępującego.

Kiedy te zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu kiły zaczynają występować, w jakich odsetkach i czy mają znaczenie dla zabiegów leczniczych, czy wreszcie z objawów klinicznych na skórze można je przewidzieć? I tu zdania są podzielone, jesteśmy w okresie zbierania materjałów i statystyk, a jak statystyki bywają niezgodne, powszechnie wiadomo. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, objawiające się pewnemi przynajmniej odczynami, występują, jak dziś wiemy, w rozmaitych okresach kiły i nie we wszystkich równe mają znaczenie. Ze spostrzeżeń Kyrlego wynika, że najczęściej pojawiają się zmiany po raz pierwszy w pierwszym roku po zakażeniu, w drugiej jego połowie, rzadziej w roku drugim po zakażeniu, a bardzo rzadko w trzecim. Poza tym okresem wystąpienie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (tj. początek zmian) zaliczyć należy do niezwykłych rzadkości. Że jednak już bardzo wcześnie, bo w okresie kiły pierwszorzędnej i to nietylko w okresie seropozytywnym, ale nawet w okresie seronegatywnym, można już napotkać zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, dowodzą prace Frühwalda i Kohrsa. Frühwald na 19 przypadków lues I seropositiva w 4 znalazł zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, w 4 także na 45 przypadków lues I seronegativa, a z obliczeń jego z przypadków zebranych z piśmiennictwa wynika, że z dodatniemi odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym spotykamy się w lues I seronegativa w 10·7%, w lues I seropositiva w 17·3%. Kohrs podobne podaje odsetki. Według niego lues I seronegativa wykazuje również 10·7% płynów dodatnich, lues I seropositiva 14%, lues II manifesta (nie leczona) 37%, *lues latens* (przedtem nie leczona) 38%, *lues gummosa* 48%. Z badań Kyrlego, przeprowadzonych na prostytutkach, wynika, że leczenie nie ma, zdaje się, wybitniejszego wpływu zapobiegawczego na występowanie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, znalazł

piania cząstek naskórka zyskała powszechne uznanie w piśmiennictwie najnowszem. Torbiele naskórkowe najczęściej umiejscowiają się na dłoniowéj powierzchni palców i na dłoni; zaledwie 2 razy opisano je na grzbietowej powierzchni palców; znajdowano je nadto na tylnej powierzchni uda, na środku goleni u dziecka, na wyrostku sutkowym po operacji, na brzegu oczodołu, w pochwie. Zwykle torbiel występuje pojedyńczo. Za unikat podać można spostrzeżenie W a c h t e r'a (podług Parin'a), gdzie jednocześnie znajdowały się 4 torbiele: 3 na palcach, 1 na dłoni. Torbiele omawiane zwykle mają postać kulistą, lub owalną, są one sprężyste, spojone ze skórą, a niezrośnięte z głębokiemi tkankami; torbiele te składają się z otoczki i kaszowatej zawartości. Otoczka bywa biała, opalowa i sprężysta; mikroskop wykrywa w nich trzy warstwy: zewnętrzną, z włókien tkanki łącznej bez elementów sprężystych, następnie warstwę pośrodkową, składającą się z wielowarstwowego płaskiego naskórka, który w kierunku do wewnątrz staje się coraz więcej płaski i traci jądra; wreszcie warstwę wewnętrzną tworzą zrogowaciałe komórki naskórkowe; warstwa ta jest znacznie grubsza, niż w skórze normalnej. Złuszczone komórki dają kaszowatą zawartość torbieli. Szybkość powstawania torbieli po urazie podlega dość znacznym wahaniom; najwcześniej została torbiel zauważona po upływie trzech tygodni od urazu, najpóźniej po 6 miesiącach.

W naszym przypadku początkowe objawy wystąpiły po upływie 6-ciu tygodni.

Leczenie chirurgiczne; wyłuszczenie torbieli w znieczuleniu nowokainą nie nastręcza trudności. Wznów pooperacyjnych nie notowano.

Piśmiennictwo.

1. G a r r é. Beitr. z. klin. Chir. BD. XI. 1894. — 2. K l a r. M. med. W. N. 16. — 3. K l e i n. M. med. W. N. 16. 1904. — 4. M a r t i n. Zeitschr. f. Chir. BD. XLIII. — 597. — 5. M e t i r e t. La Presse médic. 1919. N. 21. — 6. N e u g e b a u e r. Beitr. z. klin. Chir. BD. XV, H. 2. — 7. S a r i n. Chirurgia 1914. N. 25. — 8. V ö r z. Beitr. z. klin. Chir. BD. XVIII. H. 3.

A. NADEL. Lwów

Rzadki przypadek wielokształtnego rumienia wysiękowego *(Erythema exsudat. multiforme)*.

W ostatnich czasach miałem sposobność zauważyć interesujący przypadek wielokształtnego rumienia wysiękowego.

Z końcem stycznia br. zgłosił się do mnie chory mężczyzna, lat 20, z wysypką na twarzy i karku, z bólami mięśniowemi w miejscu wysypki. Badanie dało obraz następujący: Chory wzrostu średniego, odżywienia i budowy dość lichej, na karku wzdłuż nerwu potyliczno-szyjnego, dalej na twarzy, odpowiednio do przebiegu nerwu twarzowego, guzki barwy cynobrowej wielkości orzecha laskowego do orzecha włoskiego i nieco większe, nieznacznie tylko ponad powierzchnię skóry się wznoszące, pokryte drobnemi pęcherzykami o zawartości surowiczej. Guzki te zlewają się miejscami w dość rozległe pęcherze. W następnych 2 dniach proces rozszerzył się na nos, przechodząc w dalszym ciągu i na błony śluzowe nosa, jakoteż na spojówki oczne, dając obraz silnego zapalenia spojówek nawet z wyraźnemi pęcherzykami surowiczemi. Proces ten był obustronny i, jak wspomniałem, zupełnie symetryczny. Błona śluzowa jamy ustnej była wolna, również na całem ciele nie można było zauważyć żadnego podobnego wykwitu. Ciepłota chorego była nieco podwyższona (37.8), chory czuł się zupełnie dobrze, skarżył się tylko na bóle karku. Badanie narządów wewnętrznych, jakoteż moczu, nie wykazało zmian żadnych.

Umiarowe umiejscowienie guzków pęcherzyków surowiczych, ugrupowanie ich wzdłuż anatomicznego przebiegu nerwów i podmiotowy stan chorego były powodem, że myślałem przedewszystkiem o półpaścu obustronnym (*herpes zoster ambilateralis*). Upośledzenie czynności mięśni twarzowych w następstwie silnego napięcia skóry twarzy, a mogące uchodzić za objaw porażenia nerwu twarzowego, które towarzyszy dość często półpaścowi umiejscowionemu na twarzy, przemawiało również za rozpoznaniem półpaśca. Jednakowoż w kilka dni później wystąpiły u chorego objawy, które sprawę zupełnie wyjaśniły. Oto pokazały się dwa świeże wykwity o tych samych cechach, co pierwotne, z umiejscowieniem na piersi i prawem przedramieniu. Ten ostatni zwłaszcza był tak charakterystyczny, że nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia w tym przypadku z wielokształtnym rumieniem wysiękowym. Z powodu zwiększenia się procesu wysiękowego pod naskórkiem powstał obraz wspomnianego wykwitu, umiejscowionego na grzbietnej stronie prawego nadgarstka, złożony z pęcherzyków o ugrupowaniu kolistem; jestto obraz znany w dermatologji pod nazwą *herpes iris*. Rozszerzeniu się procesu chorobowego na skórze towarzyszyło podniesienie się ciepłoty powyżej 38° C.; chory czuł się bardzo osłabiony, skarżył się na bóle głowy i bóle w okolicy wątroby. Badanie narządów jamy brzusznej wykazało zwiększenie się i bolesność przy obmacywaniu wątroby i śledziony i wrażliwość jelita grubego. Dzień później pojawiła się biegunka, która mimo djety i środków przeciwbiegunkowych nie ustawała; obydwa te objawy trwały przez 3 tygodnie. Gorączka powyżej 38°, dochodząca czasami i do 39°, trwała około tydzień, następnie *per lysin* doszła w ciągu dwóch tygodni prawie do normy. W tym czasie badany mocz nie zawierał również składników nieprawidłowych.

Leczenie stosowane przez nas u chorego składała się miejscowo z 5% maści ichtjolowej, wewnętrznie chory dostawał z początku antipyretica (pyramidon, salicylan sodu), następnie z powodu powikłania ze strony przewodu pokarmowego stomachica (salol itp.). Wykwity na skórze zniknęły już po tygodniu bez pozostawienia jakichkolwiek śladów, jedynie spojówki są zajęte do dziś dnia (3 tydzień choroby). Ciepłota jest nieco podniesiona (37.2°—37.4° C.), śledziona i wątroba bez zmian dających się wykazać, a wogóle stan ogólny chorego jest dobry, nieżyt oskrzeli ustępuje, pozostało jedynie mierne wzdęcie jelit.

Z powodów odemnie niezależnych nie mogłem chorego spostrzegać aż do zupełnego wyzdrowienia.

Przypadki wielopostaciowego rumienia wysiękowego z powikłaniami brzusznemi lub płucnemi były w piśmiennictwie niezbyt często opisywane.

W e l a n d e r [1]) opisał przypadek chorego na kiłę, u którego w czasie leczenia wystąpił na tułowiu wielopostaciowy rumień wysiękowy, na kończynach, na błonach śluzowych powiek, jamy ustnej i nosowej, na wewnętrznej stronie napletka i na przedniej części cewki moczowej. Mimo zniknięcia objawów wewnętrznych, ogólny stan chorego już od samego początku był lichy, i nietylko nie poprawiał się, lecz pogarszał się coraz więcej. W moczu było białko, wałeczki. Śmierć nastąpiła po upływie 1 miesiąca, a sekcja wykazała rozprzestrzenienie się choroby na krtań, tchawicę, oskrzela i na płuca.

Podobny przypadek opisał H e u b n e r [2]); zajęcie narządów oddechowych objawiało się w przypadku tym kaszlem, przewodu pokarmowego silnemi biegunkami.

Stanowiska H e b r y i uczniów jego, którzy wielopostaciowy rumień wysiękowy uważali za chorobę *par excellence* skórną, już nie uznaje się. Objawy skórne, towarzyszące tej chorobie, nie są stanowczo na planie pierwszym, przynajmniej nie we wszystkich przypadkach; toteż drugi raz wprowadzoną została do patologji choroba ta przez internistę W u n d e r l i c h a [3]), który scharakteryzował ją przedewszystkiem jako chorobę o zatruciu ogólnem, w której zmiany skórne są objawem drugorzędnym.

Zapatrywanie T e i s s e r a, S c h ä f f e r a i innych, jakoby wielokształtny rumień wysiękowy był nazwą bez głębszej treści, wydaje mi się i dziś zupełnie uzasadnione, mimo znalezienia rozmaitych mikroorganizmów (D e u n n e), jako rzekomych powodów choroby. Wszak wielu uważa chorobę tę za angioneurozę, twierdząc, iż zadrażnienie nerwów naczynioworuchowych przez jakiekolwiek działanie wywołać może powstanie rumienia. L e w i n np. udowodnił, że przez drażnienie cewki moczowej, tak u mężczyzny, jak u kobiety, powstać może zupełnie charakterystyczny obraz rumienia wysiękowego. Jest to może antointoxykacja, jak to H e l l e r przypuszczał; w każdym razie etiologja powstawania procesu tego jest ogromnie rozległa. Patologja zebrała tylko cały szereg objawów skórnych i wewnętrznych w jedno, zdaje się, dlatego tylko, że wybitnym objawem, towarzyszącym schorzeniom, może zupełnie odmiennej natury i etjologji, są jednolite a tak charakterystyczne objawy skórne.

Piśmiennictwo

[1]) W e l a n d e r. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 17. Z. II. — [2]) H e u b n e r. D. Arch. f. klin. Med. 1882. — [3]) W u n d e r l i c h, Arch. d. Heilkunde 1864 i 1867. — [4]) J o s e p h. Lhrb. d. Hautkrankheiten. — [5]) R i e c h e. Lhrb. d. Haut. u. Gechlechtskrankheiten.

Z praktyki.

Dr. SZYMON TENENBAUM. Piotrków.

Przypadek ciężkiej moczówki cukrowej ze zmianami barwikowemi w skórze.

Ze Szpitala wojskowego (oddział wewnętrzny) w Piotrkowie (Dowódca ppłk. lek. dr. Szmurło).

Do ciężkich i rzadko spotykanych postaci cukrzycy należy cukrzyca bronzowa, po raz pierwszy opisana

w r. 1882 przez Hanot'a i Chanffeld'a. Zmiany barwikowe w skórze, jak i wyniki badania pośmiertnego w naszym przypadku nie zupełnie odpowiadają obrazowi cukrzycy bronzowej, nie mogą być jednak zaliczone do moczówki cukrowej zwykłej.

P. 21-letni, przybył na oddział wewnętrzny 2. IX. r. b. Chory od 3 tygodni. Czuje się osłabionym. Ma silne pragnienie. Częste oddawanie moczu. Łaknienie zmniejszone. Choroba rozpoczęła się silnemi bólami w brzuchu, wymiotami i rozwolnieniem w ciągu 2 dni. Do wojska wstąpił 3. II. 1920 r. Przed wstąpieniem do wojska chorował: w 1910 r. płonica, w 1915 r. dur osutkowy; w wojsku w 1920 r. grypa. Chorób wenerycznych nie przebywał. Przed wstąpieniem do wojska i w wojsku do obecnej choroby czuł się zupełnie zdrowym. W rodzinie wszyscy zdrowi.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie liche. Język suchy, skóra sucha, marmurkowana. Na całej przedniej powierzchni skóry ciemno-sine plamki wielkości grochu do fasoli, miejscami zlewające się, równomiernie rozsiane po całej przedniej powierzchni ciała. Płuca: przedłużenie wydechu nad szczytem płucnym prawym. Serce: tony serca głuche, tętno 42', średniego napięcia. Wątroba i śledziona niemacalne.

Badanie moczu: barwa: wodnista, przeźroczystość: mętny, odczyn: zasadowy, ciężar gatunkowy: 1035, białko: nieznaczne ślady, cukier: 5,6%. Badanie mikroskopowe odwirowanego osadu: nabłonki, nieliczne komórki wielokątne i okrągłe, leukocyty 1 na 1—2 pola widzenia.

Do 18. IX. ciepłota poniżej 36°. Tętno od 40—50'. Tony serca głuche. Pragnienie silne. Łaknienia niema. Marmurkowanie skóry blednieje, utrzymuje się jednak wyraźnie na przedniej powierzchni kończyn dolnych. Znaczne wyniszczenie ogólne. Język suchy. Ilość moczu na dobę od 10.000—12,000 ccm. 18. IX. Senność. Tętno 106' bardzo słabo napięte. Tony serca bardzo głuche. Wdech nasilony, głęboki. Liczba oddechów 15'. 20. IX. Wśród objawów śpiączki śmierć.

Rozpoznanie pośmiertne: przebarwienie skóry na przedniej powierzchni kończyn dolnych; zrosty w okolicy szczytu płucnego prawego; zwyrodnienie miąższowe serca, wątroby i nerek, zanik trzustki.

Badanie drobnowidowe wątroby, nerki i trzustki w zakładzie anatomji patologicznej wojskowego instytutu sanitarnego (Nr. 193). Wątroba: *degeneratio parenchymatosa*. Nerka: *degeneratio parenchymatosa*. Trzustka: zmniejszenie ilości wysepek Langerhans'a, rozrost tkanki łącznej między zrazikami.

Jestto więc ciężka cukrzyca o ostrym przebiegu pochodzenia trzustkowego przy obecności pewnych zmian barwikowych w skórze. Ciemno-sine plamki nie znikające pod uciskiem, równomiernie rozsiane na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzuchu, po stronie zginaczy kończyn górnych i po stronie wyprostnej kończyn dolnych, z czasem bledną, a wreszcie znikają, zachowując się tylko wyraźnie na przedniej powierzchni kończyn dolnych. Usadowienie tych plam, zabarwienie, sposób rozmieszczenia, dający obraz marmurkowania skóry, brak odpowiednich barwikowych zmian w narządach wewnętrznych, jak i wynik badania pośmiertnego nie daje w naszym przypadku obrazu cukrzycy bronzowej. Ze względu jednak na przebieg i pewne, nie dające się bliżej określić, zmiany barwikowe w skórze przypadek zasługuje na uwagę.

Sprawozdania poglądowe.

H. FRENKLOWA. Łódź.

Nowsze badania nad rolą wapnia w chorobach dzieci.

(Podług odczytu, wygłoszonego w łódzk. Tow. lek.).

Wapń, calcium, stanowi $^2/_3$ wszystkich substancyj nieorganicznych, zawartych w naszym ustroju, co wynosi mniej więcej $^1/_{80}$ wagi naszego ciała. Najwięcej soli wapnia zawierają kości (97—98%), z pozostałych 2—3% znajdujemy ich najwięcej w tkance wątroby, śledziony i nerek, najmniej we krwi; różnice te zależne są od tego, czy dana tkanka zawiera mniej lub więcej komórek jądrzastych, gdyż z badań Loewa wiadomo, że sole wapnia są ściśle związane z jądrem komórki.

Jądro komórki wodorostu, którą pozbawiono wapnia za pomocą szczawianu potasu, kurczy się i obumiera; komórka ośrodka oddechowego człowieka, porażona w swej czynności przez dolędźwiowe wstrzyknięcie siarczanu magnezu, może odżyć pod wpływem natychmiastowego zastosowania chlorku wapnia dożylnie: w tym razie sole wapnia, zawarte w jądrze komórki ośrodka oddechowego, zostały zastąpione przez solei magnezu i tylko natychmiastowe przywrócenie jądru wapnia może komórkę jeszcze uratować.

Krwinki czerwone ssaków, pozbawione jąder, nie zawierają zupełnie wapnia, stąd pochodzi mała zawartość wapnia we krwi wogóle; szara substancja mózgu, obfitująca w komórki, zawiera go znacznie więcej, niż włókienkowa — biała.

Umiejscowienie soli wapnia w jądrach komórek oraz obumieranie komórki na skutek pozbawienia jej wapnia tłumaczy nam, dla czego każda sól, strącająca sole wapnia, a więc szczawiany, cytryniany, fluorek sodu, jest silną trucizną dla tkanki. Nerw, pogrążony przez pewien czas w roztczynie cytrynianu sodu, wywołuje drgania w mięśniu, które ustają natychmiast po wyjęciu nerwu z tego roztczynu.

Na włókna mięśniowe sole wapnia działają zupełnie odwrotnie, t. j. brak soli wapnia zmniejszą ich pobudliwość: świeżo wycięty mięsień żaby traci w izotonicznym roztczynie soli bardzo szybko zdolność kurczenia się, zaś w płynie Ringera, zawierającym chlorek wapnia, zachowuje ją znacznie dłużej. Podług Loeb'a komórka zwierzęca może żyć tylko w roztczynie, w którym jony sodu, wapnia i potasu zawarte są w pewnym określonym stosunku; nawet izotoniczny, niesłusznie fizjologicznym zwany, roztczyn chlorku sodu (7—8‰) jest trucizną dla komórki.

Zapłodnione jajko *Fundulus heteroclitus*, umieszczone w roztczynie soli kuchennej w zgęszczeniu, odpowiadającem stężeniu tej soli w wodzie morskiej (doświadczenie Loeb'a), umiera odrazu; po dodaniu soli wapnia — zaczyna się odrazu rozwijać normalnie. Najodpowiedniejszym w doświadczeniach biochemicznych okazał się roztczyn, zawierający na 100 cz. NaCl 2 cz. KCl i 2 cz. $CaCl_2$; w tym samym mniej więcej stosunku sole te zawarte są w surowicy krwi i w narządach. Tego optimum stężenia swych soli organizm nigdy nie przekracza, dążąc do utrzymania stężenia limfy i krwi w granicach równowagi fizjologicznej i zabezpieczając w ten sposób komórki swe od zaburzeń osmotycznych. Stąd wynika, że zawartość soli wapnia w sokach ustroju jest wielkością stałą, zależną nie od ilości podawanego wapnia, lecz od zapotrzebowania ze strony komórek.

Przeciętna ilość soli wapnia, którą organizm dorosłego człowieka powinien otrzymać w pożywieniu w ciągu doby, wynosi 1—1,5 gr., ilość napozór niewielka, która jednak nie zawsze bywa ustrojowi dostarczana. Dotyczy to przedewszystkiem osób, w których odżywianiu brak mleka, tego głównego dostawcy wapnia (litr mleka krowiego zawiera 1,72 gr. CaO); obok mleka dużo wapnia zawierają jarzyny liściaste (szpinak, kapusta), natomiast mięso, pieczywo, ryż i rośliny strączkowe zawierają go bardzo mało. Oddzielną grupę stanowią ziemniaki i owoce, które, jakkolwiek same przez się ubogie w wapń, zawierają w dużej ilości sole zasadowe kwasów organicznych; utleniając się, sole te zwiększają zasadowość krwi i chronią ustrój przed utratą wapnia. Obok absolutnej zawartości wapnia w pokarmach ważny jest w nich wzajemny stosunek wapnia i magnezu, gdyż nadmiar magnezu znosi działanie wapnia. Stosunek ten wynosi w niektórych roślinach 1 Ca:3 Mg, w mleku krowiem natomiast wypada na korzyść wapnia (8:1). Nadmiar magnezu, wprowadzonego do ustroju, może zostać do pewnego stopnia unieszkodliwiony przeciwdziałaniem wolnego wapnia, krążącego w solach, zachodzi bowiem zawsze stosunek równowagi między wapniem wolnym, krążącym i wapniem związanym z jądrem komórki, polegający na tem, że w razie zmniejszenia się ilości wolnego wapnia, np. przy niedostatecznym dowozie wapnia do ustroju, niedobór zostaje pokryty z nieczynnej rezerwy wapniowej w tkankach.

O ile ta niedostateczna podaż wapnia lub też wzmożone wydalanie trwa zbyt długo, zapas nieczynnego wapnia może zostać w znacznym stopniu zmniejszony zarówno w kościu, jak i w innych tkankach, stając się przyczyną powstania różnych postaci chorobowych.

Wzmożone wydalanie wapnia z ustroju może być skutkiem wielu przyczyn: nadmiar tłuszczu w pożywieniu, wskutek czego wapń zostaje związany przez kwasy tłuszczowe wydalony; nadkwaśność soku żołądkowego, wszelkie stany

głodzenia, choroby zakaźne i i. Normalnie główna masa niezatrzymanego przez ustrój wapnia zostaje wydalona w kale, nieznaczna tylko część — w moczu, i to tem więcej, im mocz jest bardziej kwaśny. Mocz ustrojów roślinożernych, o oddziaływaniu zasadowem, zawiera tylko 5%, kwaśny, mocz mięsożernych 27% ogólnej ilości wydalonego wapnia.

W cierpieniu, znanem pod nazwą kalkariurji, a dość częstem w wieku dziecięcem, sole wapnia (szczawiany, węglany i dwufosforany) nie są w stanie rozpuszczonym, lecz wypadają, wskutek czego mocz staje się mleczno-mętny. Ilość wapnia, wydalonego przez mocz, jest zwiększona kosztem wapnia, wydalonego przez kał. Przyczyna tego cierpienia jest jeszcze nieznana.

Skutki braku wapnia w pokarmach, względnie wzmożonego jego wydalania, są różne, zależnie od tego, ile wynosił niedobór soli wapnia i jak długo trwał stan tego głodu wapniowego. W wieku dziecięcym skutki te są gorsze, gdyż ustrój dziecka, znajdujący się w okresie nasilonego wzrostu i budujący dopiero swój kościec, wymaga wzmożonego dowozu soli i na demineralizację oddziaływa znacznie żywiej, niż gotowy ustrój osobnika dorosłego. Przeciętna ilość dobowa wapnia, jaką musi otrzymać niemowlę w 3-cim miesiącu życia, wynosi 0,23 gr., a więc w stosunku do wagi ciała bardzo dużą ilość. 800—900 gr. mleka kobiecego o zawartości wapnia 0,5‰, które stanowią pokarm tego niemowlęcia, pokrywają w zupełności to zapotrzebowanie. Obliczenie to, oparte na najnowszych rozbiorach pokarmu kobiecego, obala twierdzenie niektórych autorów (Loew, Aron) o »pierwotnym niedoborze wapnia«, niemowlę karmione naturalnie, nie otrzymuje jakoby w mleku, kobiecem dostatecznej ilości wapnia w przeciwieństwie do niemowląt, żywionych mlekiem krowiem. Ten pierwotny niedobór wapnia autorzy uważają za jeden z głównych czynników, wywołujących krzywicę. Pogląd ten jest jednak mylny: współczesna pedjatrja nie uznaje ani niedoboru wapnia w mleku kobiecem, ani też nie uważa braku wapnia za przyczynę powstawania krzywicy. Zmiany w kośćcu u zwierząt, które różni autorzy wywoływali na drodze doświadczalnej za pomocą odżywiania ubogiego w sole wapnia, nie mają nic wspólnego z prawdziwą krzywicą u dzieci; różnią się od niej histologicznie, gdyż cechą charakterystyczną krzywicy jest bujanie tkanki kostnawej, osteoidu, i ta tkanka kostnawa dopiero traci własność kostnienia; u owych zaś zwierząt doświadczalnych udało się tylko wywołać brak zwapnienia względnie odwapnienie prawidłowej tkanki kostnej — różnią się też pod względem biochemicznym. Pfaundler dowiódł, że kości owych zwierząt doświadczalnych, pogrążone w roztczynie soli wapnia, pochłaniają chciwie jony wapnia, podczas gdy kość dziecka krzywiczego pozbawiona jest tej zdolności. Na podstawie tego doświadczenia oparł Pfaundler swą teorję powstawania krzywicy: prawidłowa chrząstka ma zawierać pewien składnik, który posiada swoiste powinowactwo do soli wapnia, i istota krzywicy ma polegać właśnie na nieobecności tych »chwytaczy wapnia«. Teorja ta jest właściwie tylko jedną z wielu hipotez, starających się wyjaśnić istotę krzywicy, tej wciąż jeszcze nierozwiązanej zagadki pedjatrji. Na razie znamy tylko te przyczyny, które najczęściej towarzyszą powstawaniu krzywicy: złe warunki odżywiania, brak powietrza, brak światła, sztuczne odżywianie u niemowląt etc., wiemy jednak, że krzywica powstaje i w najlepszych warunkach życiowych, również u niemowląt, karmionych naturalnie. Co do braku wapnia w pożywieniu, pozostaje jeszcze sprawa t. zw. »niedoboru wtórnego«, t. j. braku soli wapnia przy dostatecznej zawartości ich w pokarmie, wywołanego bądź przez upośledzone wchłanianie, bądź przez nadmierne wydalanie ich z ustroju. Ale, jak słusznie zaznacza Schmorl, i ten wtórny brak wapnia mógł by najwyżej wywołać dziurkowatość kości (osteoporozę), ale nigdy bujanie tkanki kostninowej, pozbawionej zdolności wapnienia.

Słowem, przyczyną krzywicy nie jest ani pierwotny, ani wtórny brak wapnia; tkanka krzywicza nie wapnieje dla tego, iż pozbawiona jest zdolności przepajania się solami wapnia. Wzmożone wydalanie soli wapnia z ustroju krzywiczego, czyli »ujemny bilans wapnia« w stadjum rozkwitu krzywicy (r. florida) należy uważać nie za przyczynę, lecz za skutek krzywicy; wydalone zostaje to, czego tkanka kostninowa nie jest w stanie spotrzebować.

W okresie ozdrowienia ten ujemny bilans wapnia ustępuje miejsca dodatniemu, czyli wzmożonemu wessaniu wapnia. Istota leczenia krzywicy polega właśnie na osiągnięciu tego dodatniego bilansu wapnia, i pomimo, iż etjologja krzywicy nie jest jeszcze wyjaśniona, posiadamy zupełnie swoisty lek, który wywołuje zatrzymanie się wapnia w ustroju, pod wpływem którego tkanka kostninowa przestaje bujać, nabiera zdolności przepajania się solami wapnia i staje się tkanką kostną prawidłową. Środkiem tym jest tran z fosforem, wprowadzony do lecznictwa krzywicy przez Kassowitza w r. 1880 i niezastąpiony dotychczas przez nic innego. Żaden inny tłuszcz nie posiada tych własności »utrwalacza wapnia», jak R. Hamburger nazywa tran. Tłuszcz mleczny, zawierający witaminę A w większej jeszcze ilości, niż tran, mimo to nie tylko nie wpływa dodatnio na przemianę wapnia w ustroju osobnika krzywiczego, lecz, odwrotnie, pogarsza ją nawet (Orgler). Dowodzi to, że braku witamin nie można uważać za przyczynę wadliwej przemiany wapnia w tem cierpieniu. Co do tranu samego, bez fosforu, działa on również w sposób swoisty na krzywicę, działanie to jest jednak wolniejsze i potrzebne są znacznie większe dawki dla osiągnięcia tego samego wyniku. Lecznicze działanie tranu w krzywicy, potwierdzone przez badania nad przemianą materji (Birk, Schloss, Schabad, Towles) nie jest jeszcze dotychczas w istocie swej wyjaśnione; przedewszystkiem niewiadomo, jaka własność tranu czyni działanie jego tak różnym od działania innych tłuszczów. Podług zwolenników witaminowej teorji krzywicy, tran zawdzięcza swe własności witaminie A, która ma mieć wybitne działanie przeciwkrzywicze (Mac Callum, Mellanby, Osborne, Mendel i i.); przeciwko temu poglądowi przemawia jednak wyżej przytoczony fakt, iż tłuszcz mleka, zawierający tę samą witaminę A w jeszcze większej ilości, własności tych nie posiada.

Jak dalece działanie tranu w krzywicy jest swoiste, widzimy z tego, iż u dzieci zdrowych nie wywołuje on zwiększonego zatrzymywania soli wapnia w ustroju. Organizm zdrowego dziecka zatrzymuje tylko tyle wapnia, ile go potrzebuje do wzrostu i nie daje się wyprowadzić z równowagi. Podobnie i dziecko krzywicze, które pod wpływem tranu zaczęło zatrzymywać sole wapnia, zatrzymuje je w dostatecznej ilości (o ile tylko pożywienie będzie ich dość zawierało) zupełnie niezależnie od tego, czy obok tranu będzie jeszcze otrzymywać nadmiar wapnia w postaci lekarstwa. Natomiast u dzieci niedonoszonych, które przychodzą odrazu na świat z deficytem wapnia (główną masę soli mineralnych płód otrzymuje dopiero w 3-ch ostatnich miesiącach ciąży), u których ilość wapnia, zawarta w mleku kobiecem, nie może pokryć tego niedoboru, wskazane jest podawanie soli wapnia obok tranu.

Drugą postacią chorobową, powstającą również na tle zaburzeń w przemianie wapnia i w istocie swej równie niewyjaśnioną, jak krzywica, jest skaza drgawkowa czyli spazmofilja.

Pierwszą próbę wyjaśnienia tego cierpienia w związku z przemianą wapnia uczynił Stoelzner: przypuszczał on, że przyczyną spazmofilji jest nadmiar wapnia, wprowadzany do ustroju dziecka przy przekarmianiu mlekiem krowiem. Jednakże badania doświadczalne innych autorów dały wręcz odwrotne wyniki. Quest, biorąc za punkt wyjścia doświadczenia Sabbataniego nad powstawaniem drgawek przy zmniejszaniu się zawartości wapnia w korze mózgowej, przeprowadził badania nad ilością wapnia w mózgu dzieci ze skazą drgawkową, z których się okazało, iż mózg dziecka normalnego zawiera więcej soli wapnia, niż mózg spazmofilika. U zwierząt udawało się wywoływać wzmożoną pobudliwość elektryczną przy pożywieniu, zawierającem bardzo mało wapnia, natomiast sztuczne zwiększanie zawartości wapnia w ustroju za pomocą wstrzykiwań podskórnych soli wapnia, nie zwiększało pobudliwości elektrycznej.

Cybulski stwierdzał upośledzone zatrzymywanie wapnia u 7 miesięcznego niemowlęcia ze spazmofilją, które w okresie ozdrowienia ustąpiło miejsca prawidłowej przemianie wapnia. Również analogiczne wyniki badań całego szeregu innych autorów usunęły wszelkie wątpliwości co do tego, iż właśnie brak wapnia w ustroju jest przyczyną, wywołującą wzmożoną pobudliwość układu nerwowego.

Ilość wapnia we krwi spazmofilików jest zmniejszona; krew niemowląt w pierwszych tygodniach życia zawiera 20.72 mg. wapnia w 100 cm. sz. krwi, ilość ta z wiekiem coraz się zmniejsza i w okresie dojrzewania dochodzi do ilości, zawartych we krwi dorosłych (10,5—12,5 mg.). Związki wapnia we krwi mają występować w 2-ch postaciach: jako nierozszczepione i niezwiązane wolne sole wapnia oraz jako koloidalny związek wapnia z białkiem (Brinkmann). Zmniejszeniu w spazmofilji ulegają tylko te niezwiązane, czynne sole wapnia (Neurath). Podług Aschenheima charakterystyczne dla spazmofilji jest nie absolutne zmniejszenie się ilości wapnia, lecz zakłócenie stosunku zasad do ziem alkalicznych, mianowicie, im iloczyn (zasady: ziemie alkaliczne) w ośrodkowym układzie nerwowym jest większy, tem większa jest pobudliwość tego układu i odwrotnie. Badania nad przemianą materji u spazmofilików wykazały ujemny bilans wapnia w okresie rozkwitu choroby, ustępujący miejsca dodatniemu dopiero w okresie zdrowienia. Pod tem względem więc spazmofilik zachowuje się zupełnie tak samo, jak osobnik krzywiczy i nie ulega wątpliwości, iż pomiędzy obydwoma cierpieniami istnieje głębokie powinowactwo (*Tetania rachiticorum* Escherich'a).

W przeważającej ilości przypadków skaza drgawkowa występuje u osobników krzywiczych, i również objawy spazmofilji, t. j. drgawki, tak samo, jak i objawy krzywicy, występują w najsilniejszym stopniu wczesną wiosną z nastaniem pierwszych ciepłych i słonecznych dni. Przyczyna tego ujemnego wpływu wiosny jest dotychczas niewyjaśniona; twierdzenie Moro, że »wiosna jest porą wewnętrznego wydzielania« jest niewiele mówiącym aforyzmem.

I etjologja spazmofilji jest tak samo jeszcze niewyjaśniona, jak i etjologja krzywicy. Teorja ciałek nabłonkowych Escherich'a, która przypisuje powstawanie spazmofilji zaburzeniom w czynności ciałek nabłonkowych gruczołów przytarczycznych, analogicznie do doświadczalnej *tetania parathyreopriva* u zwierząt, nie tłumaczy nam zupełnie związku spazmofilji z przemianą wapnia. Możliwe, iż w skazie drgawkowej mamy do czynienia z pierwotnem zaburzeniem w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (ciałka nabłonkowe? grasica?), które wtórnie dopiero powodują zakłócenie prawidłowej przemiany wapnia.

Neurath, a następnie Mc. Callum i Voegtlin stwierdzali w rozbiorach krwi i mózgu zwierząt, pozbawionych gruczołów przytarczycznych, zmniejszenie się ilości wapnia przy jednoczesnie zwiększonem wydzielaniu w kale i w moczu; autorzy ci przypuszczają, że usunięcie gruczołów przytarczycznych wywołuje zakłócenie równowagi składników mineralnych, gdyż u tych samych zwierząt udawało się bądź przez wstrzyknięcie wyciągu gruczołów przytarczycznych, bądź przez stosowanie dożylne dużych dawek soli wapnia, usunąć objawy chorobowe.

Ważne są również spostrzeżenia Leopolda i Reussa, którzy stwierdzali u młodych, rosnących szczurów, chorych na tężyczkę doświadczalną, zmniejszenie się ilości wapnia, podczas gdy u dorosłych osobników tego nie spostrzegano. Natomiast, podług wielu innych autorów, gruczoły przytarczyczne nie wpływają bezpośrednio na przemianę wapnia, lecz działają pośrednio. Np. podług Greenwald'a czynnikiem, odgrywającym główną rolę w powstawaniu spazmofilji w ustroju pozbawionym ciałek nabłonkowych, są fosforany, których ilość ma być zwiększona w *tetania thyreopriva*, zaś ujemne ich działanie ma polegać na strącaniu soli wapnia. Nie brak z drugiej strony i teorji, pomijających zupełnie znaczenie gruczołów przytarczycznych, względnie innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, i ujmujących spazmofilję wyłącznie ze strony przemiany materji (Finkelstein i i.).

Nie ulega więc wątpliwości, że istota spazmofilji tak samo nie jest dotychczas wyjaśniona, jak i istota krzywicy, ale i tu znowu, tak samo, jak i w krzywicy, leczenie wyprzedziło poznanie przyczyny cierpienia; mamy bowiem: 1) swoisty lek w postaci tego samego tranu z fosforem i 2) leczenie objawowe za pomocą soli wapnia.

Działanie tranu jest trwałe, ale nie natychmiastowe; tam więc, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo życia, a więc przedewszystkiem w przypadkach skurczu głośni, należy uciec się do przeciwdrgawkowego działania soli wapnia. Działanie to daje się jeszcze spotęgować przez połączenie wapnia z bromem: *calcium bromatum*, wprowadzone do terapji spazmofilji przez L. F. Meyera, działa w skurczu głośni w ilości 2 gr. dziennie, szybko i pewnie. Dając preparaty wapniowe bez bromu, stosować musimy znacznie większe dawki.

Przy dawkowaniu soli wapnia należy pamiętać, iż różne związki zawierają różne ilości wapnia i różnice pomiędzy poszczególnemi solami są nawet dość znaczne: *calcium citricum* zawiera np. tylko połowę wapnia, zawartego w *calcium chlor. siccum*. Wogóle zaś dawki wapnia muszą być znacznie wyższe, niż się zazwyczaj stosuje. Blühdorn z kliniki Göpperta pierwszy zwrócił uwagę na to, iż w leczeniu spazmofilji skuteczne są tylko duże dawki: 6—8 gr. calcii chlorati sicci [1]) dziennie, koniecznie w odstępach 2 godzinnych z początku, następnie po usunięciu najcięższych objawów jeszcze 3 gr. dziennie przez dłuższy czas w odstępach 3 i 4 godzinnych. Podawanie wapnia w spazmofilji powinno trwać dopóty, dopóki pod wpływem tranu z fosforem bilans wapnia się nie poprawi i potrzebna dla ustroju ilość wapnia nie zostanie zatrzymana.

Zamiast soli wapnia próbowano stosować w lżejszych przypadkach skazy drgawkowej z dobrym wynikiem siarczan magnezu (Rosenstern, Berend), który, jak wiadomo, działa na układ nerwowy wybitnie narkotycznie. Antagonizm między solami wapnia i solami magnezu, polegający na tem, że pod wpływem podskórnie wprowadzonego magnezu retencja wapnia się zmniejsza (Schiff i Stransky), nie wywołuje wzmożonej pobudliwości układu nerwowego, lecz, przeciwnie, osłabia ją; należy przypuścić, że jon magnezu wskutek większego powinowactwa do ciał białkowych staje w komórce na miejscu usuniętego wapnia, osłabiając w ten sposób pobudliwość nerwową ustroju.

Poza spazmofilją sole wapnia w innych postacłach drgawek u dzieci są zupełnie bezskuteczne, natomiast działają bardzo dobrze we wszelkich stanach podniecenia u dzieci neuropatycznych (Langstein), u których wpływają dodatnio na poprawę snu i łaknienia oraz zmniejszają ogólną pobudliwość nerwową.

Po omówieniu roli wapnia w krzywicy i skazie drgawkowej przechodzę do niemniej ważnego udziału wapnia w procesie krzepnięcia krwi.

W świetle nowszych badań istota krzepnięcia krwi polega na działaniu trombiny na fibrynogen, proces, który odbywa się bez udziału wapnia. Natomiast sole wapnia niezbędne są dla wytworzenia się trombiny z trombogenu przy pomocy trombokinazy. Sole wapnia, które przyjmują udział w procesie krzepnięcia krwi, należą do tych czynnych, niezwiązanych soli; wszystkie metody, zapobiegające krzepnięciu za pomoca związków chemicznych (kwasu szczawiowego, cytrynianu sodu i i.), oparte są na tej samej zasadzie strącania czynnych soli wapnia, których obecność konieczna jest dla aktywowania trombogenu.

Z roli wapnia w procesie krzepnięcia krwi wynika praktycznie, iż sole wapnia wskazane są we wszelkich skazach krwotocznych o zmniejszonej krzepliwości krwi; należy jednak dawać je również i tam, gdzie krzepliwość krwi jest

[1]) Na podstawie badań Schabada należy przypuszczać, że skuteczność danej soli wapnia zależy w znacznym stopniu od jej rozpuszczalności. *Calcium lacticum* i *calc citricum*, jako najgorzej rozpuszczalne, należy wobec tego zaliczyć do najmniej skutecznych związków wapnia, zaś *calc. chlor. siccum* do najlepiej działających. Podług autorów amerykańskich tylko *calc. chlor. siccum* jest w stanie zwiększyć ilość wapnia we krwi.

niezmieniona, a krwawienia są skutkiem zwiększonej przepuszczalności naczyń. W tych wypadkach lecznicze działanie soli wapnia polega na ich własnościach uszczelniania śródbłonka naczyń krwionośnych, jak to wynika z badań doświadczalnych wielu autorów.

Jako ciekawsze zasługują na uwagę doświadczenia Herbsta nad jajkami jeża wodnego. Komórki tych jaj, będących w stanie podziału, zwykle ściśle ze sobą spojone, oddzielają się od siebie pod wpływem strącania soli wapnia z wody morskiej, w której się znajdują, za pomocą szczawianów; i łączą, spajają się z powrotem, o ile zostaje przywrócone normalne stężenie soli wapnia. Należy więc przypuścić, iż obecność wapnia jest nieodzowna dla prawidłowego stanu ścianek międzykomórkowych; zresztą, dowodzi tego również doświadczenie kliniczne, gdyż we wszelkich stanach chorobowych, połączonych ze wzmożoną przepuszczalnością bądź naczyń, bądź śluzówek lub skóry, podawanie soli wapnia wpływa na poprawę objawów wysiękowych. Jako najważniejsze z postaci chorobowych tej grupy należy wymienić: pokrzywkę, ognika, chorobę posurowiczą oraz — ze spraw wysiękowych na błonach śluzowych — gorączkę sienną i dychawicę. Co do dychawicy, to skuteczność wapnia należy może uważać za wynik działania raczej na układ nerwowy, niż na wzmożoną ekssudację śluzówki oskrzeli (Kayser, Curschmann).

Mechanizm odwadniającego działania soli wapnia w obrzękach bezbiałkowych i różnego rodzaju wysiękach zapalnych, jest zupełnie inny. Obrzęki te powstają najczęściej i najłatwiej u niemowląt, jako wyraz wzmożonego zatrzymywania się wody w ustroju w najrozmaitszych stanach chorobowych (dekompozycja, stany głodzenia, choroby zakaźne etc.) pod wpływem soli sodu. Dla zdrowego niemowlęcia typowa jest prawidłowość przyrostu wody w stanie zdrowia oraz trwałość i stałość tej wody w tkankach podczas zaburzeń odżywiania względnie innych zachorowań. Natomiast niemowlę patologiczne zatrzymuje wodę w nienormalnych ilościach: 100—200 gr. dziennie i tworzy, bądź tkankę, napozór normalną, lecz w istocie odmienną od normalnej, gdyż zawierającą nadmiar wody, bądź widoczne obrzęki. Dla zatrzymywania się wody w ustroju niemowlęcia konieczna jest obecność chlorku sodu, wobec czego dawniej przypuszczano, że to jon chloru wywołuje tę retencję wody; dopiero badania lat ostatnich wykazały, iż decydującą rolę odgrywa tu jon sodu i że tak samo, jak chlorek sodu, działają, jakkolwiek w słabszym stopniu, i inne związki sodu: bromek, jodek, fosforan i dwuwęglan, natomiast chlorek wapnia, zawierający ten sam chlor, działa w obrzękach odwadniająco. Mechanizm tego działania polega na tem, że wprowadzony do ustroju chlorek wapnia rozkłada się na Ca i Cl: wapń na razie zostaje w ustroju i opuszcza go powoli przez jelita (prawdopodobnie towarzyszą mu wyższe kwasy tłuszczowe), chlor zaś wydziela się szybko przez nerki, porywając ze sobą jony sodu i potasu. Wydzielaniu się, zarówno chlorku sodu, jak i chlorku potasu, towarzyszy, jak wiadomo, wydzielanie się znacznych ilości wody. Octan i mlekan wapnia, które, rozkładając się, spalają swą grupę organiczną na CO^2 i H^2O, nie porywają ze sobą jonów sodu, nie działają więc demineralizująco na tkanki i nie odwadniają ich; stosowanie tych związków wapnia w obrzękach byłoby zatem zupełnie bezcelowe. Ten sam mechanizm demineralizacji ustroju tłumaczy nam działanie soli wapnia w wysiękach zapalnych, przesiękach oraz — prawdopodobnie — w biegunkach. Zarówno autorzy francuscy, jak i niemieccy, którzy ostatnio o sprawach tych szczegółowo pisali (Blum, Neumann, Rist i i.), polecają stosowanie bardzo dużych dawek bezwodnego chlorku wapnia (np. Blum daje w wysiękach opłucnej do 30 gr. tej soli na dobę, a Rist i i., stosujący *calcium chloratum siccum* dożylnie w biegunkach i wymiotach gruźliczych, zastrzykują 2—4 cm. sz. 50%-owego roztworu).

Moczopędne działanie soli wapnia w schorzeniach nerek jest mniej pewne, gdyż zdania autorów są co do tego bardzo podzielone; w każdym razie praktycznie związki wapnia, jako środki moczopędne, roli nie odgrywają.

Większe znaczenie zdaje się mieć wapń, jako lek nasercowy. Pierwsze prace, dotyczące działania soli wapnia na mięsień sercowy, pochodzą z Anglji. Przed 40 przeszło laty Sydney Ringer dowiódł, że skurcze serca żaby ustają bardzo szybko w roztworze fizjologicznym chlorku sodu, trwają zaś znacznie dłużej w wodzie zwykłej, zawierającej sole wapnia. Również pierwsze prace kliniczne w tej sprawie zawdzięczamy Anglikom: Brunton w r. 1907 pierwszy zastosował z dobrym wynikiem chlorek wapnia w przypadku osłabienia mięśnia sercowego w zapaleniu płuc; następnie inni autorzy stosowali sole wapnia w różnych postaciach chorób serca i z różnym wynikiem. Jeżeli jednak zachodzą różnice poglądów co do działania wapnia, jako samoistnego leku nasercowego, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ma on w każdym razie wielkie znaczenie, jako lek pomocniczy przy stosowaniu naparstnicy: sole wapnia czynią mięsień sercowy bardziej podatnym na działanie naparstnicy i wskazane są szczególnie tam, u dzieci zarówno, jak i u dorosłych, gdzie zależy na szybkiem działaniu naparstnicy oraz tam, gdzie chory źle znosi naparstnicę samą.

Sprostowanie.

W sprawie dopisku prof. Parnasa w referacie Jego o mojej pracy pod tytułem »Wymiana soli i wody u płazów« w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 37, Rok 1 (1922) str. 728, stwierdzam:

Od 1916 do 1919 kontynuowałem w Zakładzie Chemji Fizjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, rozpoczęte jeszcze w pracowni fizjologicznej Towarzystwa Naukowego Warszawskiego prace nad osmoregulacją. Wyniki tych prac przedstawione były wyłącznie ustnie na posiedzeniach T. N. W.

Zapytywany przez prof. Parnasa zgodziłem się, aby prace te były przez niego zreferowane w niemieckim czasopiśmie naukowo-popularnem »*Naturwissenchaften*« z zastrzeżeniem, że nastąpi to po ukazaniu się mych prac w języku polskim. W październiku 1921 otrzymałem odbitkę pracy prof. Parnasa z *Biochemische Zeitschrift* (t. 114. str. 1), w której prof. Parnas streszcza moje prace nad wymianą soli i wody, resorbcją oraz cukrzycą u płazów.

Pod wpływem powyższych faktów, poprawiając korektę mojej pracy o »Wymianie soli i wody u płazów«, drukowanej w Rozprawach Akademji Nauk Lekarskich T. I. str. 77, umieściłem dopisek, w którym użyłem wyrażenia »...powodowany lojalnością...«. Dopisek ten jednakże po spokojnem rozważeniu sprawy zmieniłem na »Główne wyniki powyższej pracy zostały podane do wiadomości publicznej w »*Biochemische Zeitschrift*« (str. 77), W tej formie został dopisek ten wydrukowany.

Warszawa, 20 października 1922 r.

Dr. Stanisław Przyłęcki.

W uzupełnieniu sprostowania, podanego przez p. Dra Przyłęckiego, muszę zaprzeczyć twierdzeniu, jakoby wedle umowy naszej sprawozdanie z prac, wykonanych przez p. Przyłęckiego w pracowni, pozostającej pod mojem kierownictwem, miało się ukazać dopiero po ogłoszeniu tych prac drukiem w języku polskim. W r. 1920 ogłoszenie w języku polskim pracy naukowej było rzeczą nader trudną, a sprawozdanie w języku obcym miało na celu właśnie zapewnienie pierwszeństwa ważnych wyników tych prac. Sprawozdanie ukazało się w »*Biochemische Zeitschrift*«, a nie w »*Naturwissenschaften*« (które bynajmniej popularnem pismem nie są), gdyż redakcja tego ostatniego pisma artykułu p. t. »Neue Untersuchungen über den Wasserhaushalt der Fische« nie przyjęła.

W egzemplarzach »Rozpraw Akademji Nauk Lekarskich« (Tom I.), znajdujących się w bibliotekach publicznych i w zakładach we Lwowie, dopisek na str. 77 wydrukowany jest w takiem brzmieniu, jak to, przeciw któremu się zwróciłem w Nr. 37 P. Gaz. Lek. Aczkolwiek nie widziałem dotąd egzemplarzy, w których dopisek ten brzmi tak, jak to p. Dr. Przyłęcki powyżej podaje — taki dopisek nie byłby nigdy spowodował reakcji z mojej strony — uważam oświadczenie p. Dra Przyłęckiego za wystarczające i, nie wchodząc dalej

w niejasny poniekąd mechanizm wydrukowania owego dopisku w brzmieniu przez p. Dra Pizyłęckiego nie zamierzonem, uważam sprawę za zakończoną.

Dodaję, że, zaznaczając w dopisku (Nr. 37 P. Gaz. lek. str. 728) mój udział w pracach Dra Przyłęckiego nad wymianą wody i soli u płazów, nie miałem bynajmniej zamiaru obniżać lub kwestjonować inicjatywy, spostrzegawczości, pracy i gorliwego oddania się pracy badawczej, przez które p. Dr. Przyłęcki posunął swoje badania tak pięknie naprzód.

Lwów, 28 listopada 1922. *J. K. Parnas.*

Oceny i sprawozdania.

M. Arthus. **Podstawy chemji fizjologicznej.** Przełożył Mieczysław Dominikiewicz. 1922. Warszawa. Trzaska, Evert i Michalski. 340 str. Cena 7.200 Mp. Z prawdziwą przykrością przegląda się tłómaczenie polskie książki Arthusa, której wydanie należy uważać za ubolewania godną omyłkę. W dobie, kiedy krótki zarys chemji fizjologicznej, przeznaczony dla studentów medycyny, stanowi istotną potrzebę, kiedy wydanie książki jest połączone z wielkiemi trudnościami dla wydawców, nabycie zaś jest ciężkim wysiłkiem dla studenta, wydano książkę, nietylko bezwartościową, lecz nawet wprost szkodliwą. Szkoda, że przedsiębiorczą i pełną najlepszej woli firmę wydawniczą tak błędnie poinformowano.

Tłumacz, nieobeznany widocznie zupełnie z chemją fizjologiczną, przełożył podręcznik Arthusa nie z oryginału francuskiego, lecz z tłómaczenia niemieckiego; podręcznik Arthusa jest już w oryginale mocno przestarzały, nawet w wydaniach nowych; tłumaczenie polskie, dokonane na podstawie niemieckiego, kuleje tak daleko poza frontem nauki, że czytając je ma się wrażenie, że czyta się podręcznik chemji fizjologicznej z roku 1890. W polskim przekładzie książki Arthusa, wydanym w r. 1922, nie zaznaczają się zupełnie wyniki badań ostatnich lat dwudziestu, które w nauce chemji fizjologicznej, rozwijającej się nader bujnie, dokonały prawdziwych przewrotów, i to w dziedzinach najważniejszych.

Wyliczenia najważniejszych błędów, nieporozumień, braków, wiadomości przestarzałych, od dawna sprostowanych lub dopełnionych, nieraz zgoła błędnych, zajęłoby tyle miejsca, co sama książka. We wstępie fizyczno-chemicznym, zajmującym się »reakcją cieczy«, spotykamy tak ciężkie błędy, jak twierdzenie, że »występowanie jonów H jest charakterystycznem dla kwasów«, a »wolnych jonów OH' charakteryzuje zasady«; z niezrozumienia podstawowego równania dysocjacji wody wynika potem twierdzenie, że »krew nie zawiera wolnych jonów OH'«. W sprawie tak ważnej nauki o stężeniu jonowodorowem i jego znaczeniu dla chemji fizjologicznej odsyła się do »literatury specjalnej«. Napróżnoby szukać czegokolwiek z dorobku ostatnich lat 30 w przedstawieniu chemji lipoidów i tłuszczów; współczesnych poglądów na budowę cukrów; zjawisko mutarotacji; na fermentację alkoholową; na chemję fizyczną ciał białkowych; mucyny są »glukoproteidami«, przestarzałe pojęcia o «nukleoalbuminach« łączą się z wiadomościami tak wręcz fałszywemi, jak to, że uracyl występuje w kwasach nukleinowych zwierzęcych; o rybozie, nukleotydach i nukleozydach, o całym dorobku chemji kwasów nukleinowych z 20 lat badań najpoważniejszych ani słowa; ogrom wyników pracy nad barwikiem krwi i chlorofilem, nad hemopyrolami, nad prawami wiązania tlenu przez krew, nad barwnikami żółtemi ciał tłuszczowych, nad cholesteryną i kwasami żółciowemi nie pozostawił zupełnie śladu w tym podręczniku! Napróżno szukać czegokolwiek o pośredniej przemianie materji! Kwas acetooctowy i β-oksymasłowy figurują jako składniki moczu w »Dodatku«, ale o ich roli fizjologicznej ani słowa! Spotykamy się z wiadomościami tak fałszywemi, jak np. że hiperglikemja zaczyna się powyżej 2.8 g, hipo-glikemja poniżej 1 g cukru w litrze krwi! Metody praktyczne, przytoczone w polskiem tłumaczeniu wydania niemieckiego książki Arthusa tchną przestarzałością i są bez wyjątku oddawna zarzucone; metod współczesnych autorowie zgoła nie podają. Któż miareczkuje cukier we krwi płynem Fehlinga?

Zbytecznem będzie, wobec tak niskiego poziomu ogólnego książki, dyskutować usterki językowe, stylistyczne i terminologiczne; roi sie od rusycyzmów Termin »ufosfornione», reakcje »od« odczynnika: oto kilka przykładów. Tłumacz nie przysłużył się piśmiennictwu polskiemu swoim przekładem — źle wybrał i jaknajgorzej przyswoił. *J. Parnas* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Patologja i anatomja patologiczna.

Bulletin de l'Acad. de Médecine.

Nr. 23. 1922.

M. Roussy. **Znaczenie podłoża w raku doświadczalnym, wywoływanym smołą.** Istotna przyczyna raka jest dotąd nieznana. Natomiast warunki sprzyjające jego powstaniu i znaczenie czynników usposabiających do rozwoju raka są już dość dobrze wiadome. Przyczyniły się tu badania, prowadzone od kilku lat nad t. zw. »stanami przedrakowemi» (états précancéreux) to jest stanami zapalnemi, lub dystroficznemi, w których rak chętnie się rozwija, oraz poznanie faktu, że nie jedna jedyna przyczyna wywoływa rakowacenie komórki, lecz rozmaite. Nowo zdobyte wiadomości z tej dziedziny pozwoliły na założenie podwalin profilaktyki przeciwrakowej. Raka myszy i szczura otrzymywali Borrel, Fibiger, Bullock i Curtis przez działanie pasorzytów, przez działanie ciał promieniotwórczych — Clunet, działaniem chemicznem, np. smołą — Yamagiwa, Ichikawa, Tsutsui, Fibiger i Bang.

Autor wywoływał raka u myszy w dwóch serjach doświadczeń. W pierwszej wcierał myszom smołę w okolicę karku, w drugiej serji, za wskazówkami Murray'a i Woglom'a, w pasek skóry grzbietu od karku aż po nasadę ogona. W serji drugiej zużył 60 myszy, czas doświadczeń trwał 240 dni. Wyniki następujące: Rak u 23 zwierząt, tj. 38%, guzy dobrotliwe u 16 myszy, tj. 26%, wynik ujemny 14 razy, tj. 23%, wreszcie 7 zwierząt, tj. 11%, padło wśród objawów zatrucia. Wśród myszy, u których powstał nowotwór, prawie połowa posiadała kilka ognisk współcześnie się rozwijających. Naczelny wniosek z tych wyników opiewa, że u zwierząt tego samego gatunku, rasy, wieku, często z tego samego rzutu, chowanych w takich samych warunkach, wywołała ta sama przyczyna działająca (smoła), stosowana w taki sam sposób i w tym samym czasie, jednak różne wyniki. Okazało się, że odporność tych zwierząt była różna. Odporność naturalna lub sztuczna zwierząt, którym wszczepiono cząstki raka, opracowana przez Ehrlicha i Bashforda, zawodzi przy raku wywoływanym smołą. Fibiger wykazał, że myszy noszące szczepy raka mogą dostać pod wpływem działania smołą raka drugiego, i odwrotnie u myszy z rakiem smołowym przyjmują się przeszczepione cząstki raka innego pochodzenia. Różne wyniki, uzyskane przez działanie takiej samej przyczyny, nasuwają zapytanie, dlaczego pewne zwierzęta wytwarzają guzy dobrotliwe, a inne złośliwe. Czy guzy dobrotliwe tworzą stan przygotowawczy do przejścia w stan złośliwy? W każdym razie guzy złośliwe ilościowo przeważają. Pod względem postaciowym autor wyróżnia cztery odmienne typy guzów: 1) Hyperkeratoza bez nacieku w podstawę. Mikroskop nie stwierdza bujania nowotworowego. 2) Hyperkeratoza ze stwardnieniem i naciekiem podstawy. Mikroskop wykazuje bujanie w głąb tkanki łącznej i mięśniówki o typie epithelioma spino cellulare. 3) Rozrost naskórka pod postacią brodawki bez rogowacenia. Pod mikroskopem czopy rakowe wnikające w głąb. Wreszcie 4) ubytki owrzodzenia obnażające skórę, w których dnie wykrywa się tkankę atypową.

Niema zatem jednolitej postaci czy to dobrotliwego, czy złośliwego guza. Bujanie nowotworowe może powstać tak przy proliferacji przyskórka, jak też przy zaniku jego, przy owrzodzeniu. Nie wie się, kiedy, jak, ani dlaczego dane zwierzę oddziała na drażnienie smołą taką, a nie inną postacią zmiany. Wielka ilość przypadków, w których nowotwór rozwija się odrazu w kilku miejscach, przemawia na korzyść teorji wieloogniskowego powstawania nowotworów. Zauważyć przytem należy, że znaczna większość takich guzów miała cechy złośliwości. Skoro warunki doświadczeń są w każdym przypadku takie same, wydaje się zatem rzeczą

oczywistą, że działać tu muszą czynniki miejscowe (facteur terrain.). Ten wniosek uważa Roussy w obecnym stanie swych dociekań za najważniejszy.

Nr. 34. 1922.

M. E. de Massary. **Objawy ze strony błon surowiczych przy brodawkowem zapaleniu wsierdzia.** Przypadek pierwszy dotyczy 30-letniego mężczyzny, który skarżył się na bóle głowy, brzucha, kostek, wymioty i napady gorączki poprzedzane dreszczami, które występują w równych odstępach czasu dwa razy w ciągu doby. Badanie kliniczne stwierdza stan gorączkowy, ogólną lekką bolesność brzucha, »defence musculaire« i zapalenie pęcherza moczowego na tle rzerzączki. Skurczowy szmer nad końcem serca promieniujący ku pasze. Następnego dnia bębnica jelitowa i zaostrzenie objawów otrzewnowych skłoniły do rozpoznania zapalenia otrzewnej. W kilka godzin później chory zmarł. Na sekcji stwierdzono: Brodawkowe zapalenie wsierdzia zastawki dwudzielnej, w okresie zaostrzenia, duży zawał zakażony śledziony, ogólne zapalenie otrzewnej z wysiękiem surowiczym. Punktem wyjścia zapalenia otrzewnej był zawał śledziony. Z brodawek zastawki wyhodowano ziarniaki nieodbarwiające się Gramem, które układają się w krótkie łańcuszki.

Przypadek drugi. Mężczyzna 42-letni, który zgłosił się z powodu ogólnego niedomagania i kaszlu, które trwają od dwóch miesięcy. Stan przedmiotowy wykazuje ciepłotę 39° C tętno 128/min. oliguria. Serce bez zmian. W obu jamach opłucnowych wysięk — jak stwierdza nakłucie, surowiczoropny, zawierający paciorkowce, płuca przekrwione. Chory zmarł trzeciego dnia. Sekcja stwierdziła zaostrzające się zapalenie brodawkowe zastawki dwudzielnej i półksiężycowych tętnicy głównej, oraz trzy małe zawały w wątrobie. Nadto obustronne surowiczo-ropne zapalenie opłucnej. Z brodawek wsierdzia wyhodowano takie same bakterje, jak z wysięku.

W przypadku trzecim przywieziono chorego nieprzytomnego wśród objawów zapalenia opon mózgu. Rodzina podała, że chory kilkakrotnie zapadał na kolkę wątrobową. Płyn mózgowo rdzeniowy mętny, zawiera wzmożoną ilość albumin, liczne ciałka ropne, i dwoinki, odpowiadające dwoinkom zapalenia płuc. Wszystkie inne narządy wydają się prawidłowe. W trzecim dniu pobytu w szpitalu śmierć. Sekcja stwierdziła rozlane ropne zapalenie opon miękkich mózgu. W sercu na jednej z zastawek półksiężycowych tętnicy głównej narośl wielkości orzecha laskowego, pod nią zastawka przedziurawiona. Ponadto kamica woreczka żółciowego i przewodów żółciowych. Z narośli zastawki wyhodowano takie same dwoinki zapalenia płuc, jak z ropy opon.

Powyższe przypadki pouczają, że przy zapaleniach błon surowiczych, w których pochodzenie sprawy jest niejasne, należy pamiętać, że pierwotny punkt wyjścia może znajdować się we wsierdziu, chociaż — jak w przypadku 2 i 3 — brak objawów ze strony serca.

A. Zakrzewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.
Vol. 30. Nr. 31. wrzesień 1922.

Thomas Lewis. **Wyjaśnienie początkowej fazy elektrokardjogramu.**

K. R. Mc. Alpin i W C. von Glahn. **Przypadek choroby Hodgkina, leczonej promieniami Roentgena w ciągu lat sześciu.** Autorzy rozpoznali $6^1/_2$ lat przed zgonem u 22-letniej kobiety z dolegliwościami żołądkowo-jelitowemi, cierpienie Hodgkina i przez cały przeciąg czasu leczyli ją promieniami Roeutgena (95 naświetlań) z czasowym dobrym skutkiem. Na 6 miesięcy przed zgonem musiano przerwać leczenie z powodu osłabienia i leukopenji. Przypadek nastręczył kilka objawów niezwykłych. Bardzo znaczny naciek otrzewnej i trzewi brzusznych, który też bezpośrednio sprowadził zgon przez przebicie jelita, w tkance chorobowej znaleziono dużo komórek olbrzymich z wielką ilością bardzo silnie barwiących się jąder. Niezwykłym był też zupełny brak komórek eozyno-chłonnych.

G. Bacho i L. Łoewe. **Doświadczalne wytwarzanie swoistych histo-patologicznych zmian grypowych.** Autorzy wstrzykiwali królikom do tchawicy wydzieliny nosowo-gardłowe chorych grypowych, przesączone przez sączek Berkefelda oraz hodowle »ciałek kropkowatych« (*punctiform bodies*) wyosobnionych z takich wydzielin przez Loewe'go i Zeman'a, do 23 godzin zabijali zwierzęta, by przeszkodzić wtargnięciu innych drobnoustrojów, wywołujących zakażenia wtórne, jak zapalenia płuc itd. Znaleziono: 1) przekrwienie, obrzęk i małe krwawienia na śluzówce krtani i oskrzeli, 2) obecność surowiczego krwawego płynu w świetle oskrzeli, 3) znaczne przekrwienie miąższu płucnego i ostre rozedmowe rozdęcie pęcherzyków, 4) szeroko rozpostarty wysięk surowicy i wynaczynienie krwinek, napełniające tkankę międzymiąższową i grupy pęcherzyków, 5) aplastyczny charakter wysięku, 6) tętniakowe rozszerzenie krótkich przestrzeni naczyń włosowatych i tętniczek, częste zamknięcie światła tych naczyń zatorami płytkowemi, 7) dążność do wczesnego wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropotwórczemi, sprawiającemi szybki naciek ropny, zupełnie zacierający pierwotny obraz chorobowy. Wszystkie zmiany powyższe widzieli przy grypie ludzkiej patologowie, którzy mieli sposobność badania płuc chorych zmarłych przed powstaniem wtórnego zakażenia; można je tedy uważać za swoiste i zebrać w odrębny zespół chorobowy. Niezwyczajny obraz tłumaczy się niezwykłem powinowactwem zarazka do śródbłonka naczyniowego, do którego dochodzi poprzez drogi oddechowe, gdzie go częściowo zatrzymuje śluzówka. Wynikiem zatrucia śródbłonka są wynaczynienia w całych płucach, utrata napięcia wielu pętli naczyń włosowatych i zatory płytkowe, który to objaw, stale przy ludzkiej i doświadczalnej grypie spotykany, posiada duże znaczenie patognomiczne.

W. Thalhimer. **Mechanizm rozwoju przewlekłych, niewywołanych przez drobnoustroje, schorzeń zastawkowych.** Autor stara się rozwiązać zagadnienie dziwnej postępowości przewlekłych schorzeń zastawkowych, nie będących skutkiem działania drobnoustrojów, i na podstawie badań anatomicznych wypowiada następującą hipotezę: Pierwszą zmianę na zastawce wywołuje choroba w dzieciństwie przebyta, jak płonica, odra, zapalenie płuc itd., powodując, w myśl teorji Aschoffa, przez zwolnienie krążenia i przez toksyczne zmiany w płytkach powstawanie małych, później się włóknisto organizujących skrzepów brodawkowatych. Miejsce raz schorzałe jest już osłabione, nieelastyczne, naokoło niego powstają wiry, tak, że każdorazowy większy napór krwi w czasie wzmożonej pracy lub choroby gorączkowej, sprawia powstanie na tem właśnie miejscu nowego małego skrzepu, z następowemi zmianami. Teraz powstaje błędne koło, sprawiające pogorszenie się kliniczne i anatomiczne wady zastawkowej podczas każdego cierpienia lub też pracy, wymagającej zwiększonej czynności serca. Nie trzeba tedy się uciekać do przypuszczenia wtargnięcia za każdym razem drobnoustrojów do zastawki. Autor przyznaje, że nie można podać dowodów na słuszność tej hipotezy. Nie można badać wszystkich okresów postępu uszkodzeń zastawkowych, jednakowy wygląd wszystkich brodawkowatych tworów świadczy jednak, że cały proces opiera się na bardzo prostym mechanizmie, polegającym na dążeniu do »naprawy« zaszłej szkody, niedostatecznym jednak, gdyż wynik »naprawy« pogarsza funkcjonalnie sprawność zastawki.

E. C. Faust. **Bronchospirochetosis w Chinach.** Autor spostrzegał w Pekinie 5 przypadków cierpienia, odkrytego przez Castellaniego w 1905 r. Zarazkiem jest prątek „Spironema bronchiale Castellani", znajdujący się w plwocinie, podobny do prątka anginy Vincent'a, od którego go odróżnia brak symbiozy z „bacillus fusiformis". Choroba objawia się obfitem krwioplućiem, gorączką, plwociną śluzowo-ropną, objektywne objawy, jak przy gruźlicy płuc, z którą się chętnie łączy. Leczenie salwarsanem daje wyniki doskonałe, sprowadza też do normy czasem obecną eozynofilję (do 20%).

S. B. Grant. **O tężyczce i jej związku z zaburzeniem w równowadze kwasów i zasad.** Najbardziej pociągające tłumaczenie mechanizmu tężyczki dają Freudenberg i György: Wszystkie postacie są skutkiem nadmiernej drażliwości tkanek z powodu braku jonu Ca, który to brak może wywołać 1) wycięcie ciałek przytarczycznych, regulujących prze-

mianę wapniową, 2) zmiana stężenia jonów H we krwi, sztucznie powstała nadmierna zasadowość krwi, zmniejszająca ilość wolnych jonów Ca we krwi, zwiększająca zaś ogólną ilość wapnia związanego z koloidami krwi; równowaga między wapniem związanym a wolnym ustaje, wapń z tkanek przechodzi do krwi i wtedy powstaje wzmożona drażliwość, 3) zatrucie ustroju przetworami rozpadu białka, jak trójmetylaminą, gwanidyną, kreatyną itd. Ciała te bezpośrednio zmniejszają łączenie się Ca z koloidami, powodują zubożenie tkanek w Ca i wzmożoną pobudliwość. F. i G. ma jednak i słabe strony. Nie zawsze bowiem można stwierdzić alkalozę na podstawie zwiększonej pojemności osocza dla CO_2 (oznaczającą zmniejszenie stężenie kwasów nielotnych). Autor zajmuje się tężyczką, spowodowaną nadmiernem podawaniem dwuwęglanu sodowego, szybkim oddechem (w jednym przypadku histerycznej „tachypnoe“) wypłukującym CO_2 z krwi, oraz zwężeniem odźwiernika. (W ostatnim przypadku HCL nie może się dostać do dwunastnicy, we krwi zostaje wtedy nadmierna ilość zasad, która zwykle wydziela się z żółcią i sokiem trzustkowym, zobojętniając kwasy). A. przytacza 3 przypadki tężyczki przez zwężenie odźwiernika, przy których pojemność osocza dla CO_2 była znacznie zwiększona, dalej 2 podobne przypadki powstałe przez przyjmowanie nadmiernej ilości dwuwęglanu sodu i 1 z powodu histerycznej hyperpnei. Zgadza się tedy na przypuszczenie „alkalozy“, która potwierdza najnowsze spostrzeżenia F. i G. co do dalszych wyników leczenia tężyczki chlorkiem amonowym (powodującym według Haldane'a kwaśnicę przez wytwarzanie mocznika i kwasu solnego).

Wm. W. Cadbury. **Ciśnienie krwi u zdrowych studentów w Kantonie.** Badanie 774 zdrowych chińskich studentów wykazało znacznie niższe (o 20—30 mm Hg skurczowe, o 10—20 mm Hg rozkurczowe) ciśnienie krwi, niż u Europejczyków. Z tem łączy się ciekawy fakt, że w Chinach się bardzo rzadko spotyka hypertonię mimo, że choroby nerek są bardzo częste. Jako przyczynę można uznać: 1) nizki wzrost i lekką wagę, 2) djetę jarską (ryż), 3) prosty sposób życia i brak nerwowości, 4) wpływ klimatu gorącego, który a) stale rozszerza obwodowe naczynia, b) wzmaga wydzielniczą czynność skóry, a może też i c) zmniejsza ciśnienie wazomotoryczne, potrzebne do wytworzenia ciepła powierzchniowego w klimatach umiarkowanych.

T. Addis. **Czynność nerki w stosunku do ilości czynnej tkanki.** Autor podaje nową metodę funkcjonalnego badania nerek, kombinując podstawę metody Ambarda o stałym stosunku między mocznikiem w krwi a mocznikiem w moczu z metodę Monakowa sprawdzania wydolności nerki po obarczenia jej mocznikiem. Autor twierdzi, że należy doprowadzić do wysiłku jaknajwiększej części tkanki nerkowej przez podawanie mocznika i jaknajwiększego nasilenia diurezy przez podawanie wody i wtedy oznaczać mocznik we krwi i w moczu. Szczegóły metody: o 6 godzinie rano chory pije powoli 1000 ccm wody z 30 g mocznika, (jeżeli w krwi jest 15·25 mg Na mocznikowego na 100 cm; jeżeli stężenie w krwi wynosi około 60 mg azotu, nie podaje się go wcale) o 7 i co godziny aż do 11 godziny rano pije chory po 2 szklanki wody. Co godzinę chory oddaje mocz, od 10 godziny zaś do 12 do specjalnych flaszek, w których to trzech próbach oznacza się mocznik. Krew zbiera się w połowie tych trzech godzinnych okresów i oznacza się w każdej próbie z osobna. Wtedy to ilość mocznika wydzielonego zależy tylko od ilości mocznika we krwi i od ilości tkanki czynnej. Ponieważ pierwszy czynnik jest znany, to stosunek: mocznika w moczu jednogodzinnym do mocznika w 100 ccm krwi jest miarą ilości czynnej tkanki nerkowej. U ludzi dorosłych z nerkami zdrowemi stosunek ten wyraża liczba około 50·4 z wychyleniami około ± 6·61. Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem tej liczby do wagi nerek u królików i stosowaniem metody w klinice są w toku. *Ziemilski* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 36, Z. 6.

Blumenthal F. iv. Haupt A.: **O obecności przeciwciał w surowicy krwi chorych na grzybka strzygącego.** Na 100 chorych na grzybka strzygącego wykonano 113 badań surowicy krwi, w czem otrzymano 73 wyników dodatnich, stwierdzających, że sporządzona przez autorów trichophytina zawiera wywoływacz swoisty, jakoteż, że surowice chorych na grzybka zawierają swoiste przeciwciała. Trichophytinę sporządzali z hodowli na pożywce Sabauraud a, bez dodatku agaru, przyczem przekonali się, że grzybki tak strupnia woszczynowatego, jak i grzybka strzygącego, zupełnie dobrze dadzą się hodować i bez dostępu powietrza. Z hodowli grzybków starali się otrzymać toksyny i endotoksyny, i tych oddzielnie używać jako wywoływaczy (technika w oryginale). Wywoływacz naprzód badano na własności samopowstrzymania. Przy badaniach wstępnych stwierdzili, że jadowitość grzybków jest różna, nie tylko u różnych gatunków, ale i hodowle tego samego szczepu mogą się znacznie między sobą różnić. Posługując się wywoływaczami z toksyn i endotoksyn, mogli się przekonać, że w sile wiązania dopełniacza przez oba te wywoływacze nie zachodzą znaczniejsze różnice.

Głębokie postacie grzybka strzygącego (Kerion Celsi), wykazują obecność przeciwciał w surowicy, natomiast w przypadkach powierzchownych postaci znachodzą się przeciwciała bardzo rzadko. Ujemne wyniki w przypadkach głębokich postaci chorobowych tłumaczą autorowie słabemi własnościami odpornościowemi ustroju, względnie terenu, lub małą jadowitością grzybów. Wykonując w takich przypadkach równocześnie próbę nadwrażliwości (wstrzykiwanie śródskórne trichonu) przekonali się, że i ta próba w większości przypadków wypadała ujemnie. Badając wpływ odporności na powstawanie nawrotów autorzy przekonali się, że w przypadkach nawrotów brak jest zupełny przeciwciał, albo też stan zupełnej odporności nie wytworzył się. Co do równorzędności istnienia objawów alergji skóry i obecności przeciwciał w surowicy — przekonali się, że oba zjawiska nie idą w parze, że alergja skóry o wiele wcześniej może się pojawiać, niż przeciwciała, tak że prawidłowości w występowaniu obu tych odczynów nie dało się stwierdzić; w niektórych przypadkach już w pierwszych dniach dadzą się zauważyć duże ilości przeciwciał w surowicy, w innych natomiast, po 12 miesiącach od czasu rozpoczęcia się choroby, wynik badań był zupełnie ujemny. W przypadkach dodatnich wyników stwierdzili B. i H., że przeciwciała nie znikają natychmiast po wyleczeniu, ale mogą istnieć jeszcze długi czas we krwi. W znacznej części przypadków odczyn alergji skóry trichonem wypadał, zgodnie z badaniami na przeciwciała w surowicy, w pewnej części (18 przypadków) przeciwciała dały się wykazać, natomiast objawy alergji wypadły zupełnie ujemnie. Do wyjaśnienia tych zjawisk, mogą przyczynić się badania Engwera z tej samej pracowni, który w podobnych przypadkach niezgodności obu tych odczynów znajdował w surowicy ciała hamujące objawy alergji skóry. Szczepienia skórne trichophytyny mają wpływ na powstawanie przeciwciał w surowicy u chorych na grzybka strzygącego, co należy sobie tłómaczyć wpływem czynnego uodporniania i co właśnie jest powodem czynnika leczniczego grzybicy. Jednak nie da się stwierdzić ścisła swoistość ciał odchylających dopełniacz u chorych na grzybicę skóry, odczyn dodatni pojawiał się bowiem i w innych cierpieniach skóry, przedewszystkiem w gruźlicy; zjawisko to uważać należy za odczyn grupowy. Na podstawie swych doświadczeń stwierdzają autorowie, że cierpienie skórne, wywołane grzybkiem strzygącym, nie różni się od innych chorób zakaźnych; o swoistej odporności komórkowej nie może być mowy, bo w przypadkach głębokich postaci grzybicy dadzą się wykazać w surowicy krwi przeciwciała, co powoduje, że odporność humoralna w leczeniu grzybicy odgrywa pierwszorzędną rolę.

Reichenbächer W.: **W sprawie ostitis fibrosa i stosunku jej do kiły.** U 77 letniego starca z wrzodem podudzia, stwierdzono klinicznie i rentgenologicznie *ostitis fibrosa deformans* lewej kości piszczelowej. Przed 30 laty chory miał wrzód na członku. Żona chorego nigdy nie roniła. Jako czynnik etjologiczny można było przyjąć zakażenie weneryczne, jak również i mechaniczny, ciągły, uraz, chory bowiem przez długi szereg lat zajęty był jako tokarz, i posługiwał się pracą nóg. Jako trzecią przyczynę możnaby było

przyjąć związek między wrzodem podudzia a następowem drażnieniem jadami bakteryj rozwijających się na wrzodzie podudzia. Obraz rentgenologiczny wykazywał typowe daleko posunięte zmiany w szpiku kostnym, bez zmian okostnej. Cierpienie to opisane po raz pierwszy przez Pageta, zdarza się często w Anglji i Francji, zwykle zajmuje kilka kości i to długich (kość piszczelowa). Anatomo-patologicznie, według Recklinghausena, przychodzi do procesu metaplastycznego rozmiękczenia, według Kaufmanna, najpierw przychodzi do porowatości kości, później dopiero ulega szpik kostny przemianie włóknistej i z tak zmienionego szpiku wytwarza się nowy szpik kostny. W 50% cierpienia tego stwierdzono kiłę, a niektórzy autorowie cierpienie to uważają za objaw kiły wrodzonej późnej. Inni autorowie jako przyczynę przyjmują skazę moczanową, zaburzenia troficzne i t. d. W wielu jednak przypadkach nie dało się stwierdzić kiły, jako przyczyny choroby, a leczenie przeciwkiłowe nie odnosiło najmniejszego skutku. Dziś jako przyczynę uważa się schorzenie układu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i zaburzenia w czynności dokrewnej tychże gruczołów, często bowiem znachodzono zmiany chorobowe w gruczołach dokrewnych. Jako czynnik drugorzędny wchodzą w grę urazy, szkodliwe wpływy podrażniające i skłonność dziedziczna.

Kellermann A. **Działanie kwasu mrówkowego na skórę ludzką.** Jako przyczynę, wywołującą pokrzywkę po ukłuciu owadów lub po dotknięciu roślin, uważano kwas mrówkowy, przyczem sądzono, że kwasy takie, jak n. p. kwas mrówkowy, wskutek zmian w zasadowości surowicy ludzkiej wywołują objawy pokrzywkowe. Autor przeprowadził szereg badań, wstrzykując śródskórnie rozcieńczony kwas mrówkowy czysty (1:2000, 1:1000) bez jakiejkolwiek dolegliwości dla chorego; po wstrzyknięciu powstawał bąbel nie sprawiający swędzenia. Rozcieńczenia mniejsze (1:100, 2:100) wywoływały już objawy wybitniejsze. Wstrzykiwania dożylne 1% roczynu w ilości 5 cm^3 (0.05 kw. mrówk.) znosili chorzy bardzo dobrze. Przy stosowaniu obu tych sposobów nie zdołano wywołać objawów typowej pokrzywki. Autor sądzi, że przyczyną powstawania bólów po ukłuciu owadów lub po dotknięciu roślin jest kwas mrówkowy. W małych ilościach jest nieszkodliwy dla ustroju, jednak własności leczniczych w chorobach skórnych nie posiada.

F. Walter (Kraków).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 5. maj 1922.

R. Krefting. **Leczenie kiły wyłącznie salwarsanem. Doświadczenie dziesięcioletnie.** Autor sądzi, że spostrzeganie dziesięcioletnie wyników leczenia kiły samym salwarsanem bez użycia rtęci wystarcza, aby sobie wyrobić pewien pogląd, jakkolwiek nie definitywny, na wartość leczniczą tego środka. Używał początkowo wstrzykiwań podskórnych i śródmiąższowych, ale wkrótce je porzucił, jako bolesne, sprowadzające obumarcie tkanek i przeszedł do wstrzykiwań śródżylnych. Tylko wyjątkowo u dzieci, jeśli nie można stosować drogi dożylnej, używa wstrzykiwań śródmiąższowych w małych dawkach. Z pośród preparatów salwarsanowych oddaje pierwszeństwo preparatowi 606, uważając go za najskuteczniejszy, i używa go przedewszystkiem do leczenia poronnego, stosując w dawkach 0,5—0,6 dla mężczyzn, 0,3—0,4 dla kobiet, w odstępach dni 15, na jedno leczenie poronne 5 wstrzyknięć. Nie sądzi, aby leczenie salwarsanem lub jego pochodnemi było niebezpieczne, bo na 10.200 wstrzyknięć preparatu »606« i to w dużych dawkach tudzież na 2,100 wstrzyknięć neosalwarsanu i 200 salwarsanu srebrowego nie miał ani razu groźnych objawów ubocznych. Odnośnie do odczynu Wassermanna, jest zasadniczym zwolennikiem sposobu pierwotnego a nie odmian rzekomo czulszych i ulepszonych, istotnie mniej wartościowych. Tylko ludzie obeznani dokładnie z techniką wykonywania odczynu dają gwarancję nieomylności. Odczyny w ciągu 13 lat wykonywał sam i wykonał ich 44.000. Nie przywiązuje wagi do miareczkowania siły odczynu t. j. do ilościowego oznaczania reagin, bo te oznaczania nie odpowiadają często obrazom klinicznym. Jest zasadniczym przeciwnikiem wykonywania nakłucia lędźwiowego i badania płynu mózgowo-rdzeniowego, bo to, zdaniem jego, w niczem nas bliżej o przebiegu kiły nie objaśnia, a jest zbytecznem torturowaniem chorych. Ironizuje, że w »Ameryce zwłaszcza rozwinął się cały przemysł lekarski wykonywania nakłuć lędźwiowych«.

Powtórnych, zupełnie pewnych zakażeń po leczeniu salwarsanem udatnem, spostrzegał w ciągu 10 lat 19, w tem jeden przypadek trzykrotnego świeżego zakażenia. Neurorecydywy uważa za zwykłe nawroty kiły, pomijając wszelkie inne tłomaczenia. Nie wierzy w wartość t. zw. wstrzyknięć prowokacyjnych, bo nie zauważył nigdy, aby u chorego, który okazywał czas dłuższy O. W. ujemny, wstrzyknięcie wpłynęło na zmianę odczynu w dodatni. Spostrzeżenia przeciwne należy tłomaczyć najprawdopodobniej, jako przypadkowe samoistne wahania w ilości reagin.

Wierzy w leczenie poronne samym salwarsanem bez użycia rtęci. W ciągu 10 lat leczył poronnie 611 przypadków kiły początkowej, w tem 320 przypadków najmniej trzema wstrzykiwaniami, a 178 dwoma lub jednem wstrzyknięciem. Z pośród 390 przypadków leczonych conajmniej 3 wstrzykiwaniami w 169 rozpoczęto leczenie przy O. W. ujemnym, w 221 przy odczynie dodatnim. W grupie pierwszej nie spostrzegł ani razu nawrotu, czy to klinicznego, czy serologicznego, w grupie drugiej natomiast doczekał się 19 nawrotów. Sądzi zatem, że do leczenia kiły świeżej seronegatywnej wystarcza 3—5 wstrzyknięć salwarsanu, natomiast w okresie seropozytywnym ta ilość wstrzyknięć nie wystarcza, trzeba leczyć przez dosyć długi przeciąg czasu. Z pośród 221 przypadków, w których na jedno leczenie poronne zastosowano jedno lub dwa wstrzyknięcia salwarsanu, w 59 rozpoczęto leczenie przy ujemnym, w 162 przy dodatnim O. W.

W pierwszej grupie było 5 przypadków nawrotów, w drugiej grupie 10, a więc nawet w przypadkach niedostatecznie leczonych, bo jednem lub 2 wstrzykiwaniami, można, jak się zdaje, dość często zapobiedz wystąpieniu objawów wtórorzędnych. Przypadków kiły drugorzędnej leczył Krefting ogółem 668, w tych 196 chorych poddało się bardzo energicznemu i dostatecznie długiemu leczeniu, a 472 chorych otrzymało niedostateczną ilość wstrzykiwań. W grupie przypadków dostatecznie leczonych (196) nawroty wystąpiły w 22 przypadkach, w grupie przypadków niedostatecznie leczonych (472) zanotowano 21 nawrotów. W kile trzeciorzędnej, bardzo różnorodnej ze względu na siedzibę zmian trzeciorzędnych w rozmaitych narządach, otrzymał autor naogół klinicznie wyniki przeważnie bardzo pomyślne, nie zawsze pomyślne w znaczeniu serologicznem.

W wiądzie rdzenia (26 przypadków) otrzymywał autor wyniki przedmiotowe i podmiotowe dosyć pomyślne: zmniejszanie się lub ustępowanie bólów i niezborności ruchów, skrzepienie sił. Najlepiej oddziałują na leczenie przypadki wiądu rdzenia z dodatnim O. W. Czy kiłowi leczeni wcześnie salwarsanem unikną w przyszłości schorzeń metaluetycznych byłoby, zdaniem autora, jeszcze za wcześnie rozstrzygać.

C. Andry i P. Suquet. **Rak szyjki macicy a kiła.** Jest rzeczą oddawna znaną, jak często pojawiają się raki języka u ludzi, którzy przebyli kiłę tak, że niepodobna nie przyjąć, iż kiła jest jedną z głównych, choć nie jedyną przyczyną usposabiającą do raka języka. W mniejszym stopniu usposabia do raka gruźlica zwłaszcza toczeń błon śluzowych i skóry. Autorowie mieli sposobność w ostatnich czasach badać trzy przypadki raków w rozmaitych stadjach rozwoju i we wszystkich trzech stwierdzili dodatni O. W. w surowicy krwi odnośnych kobiet. To skłoniło ich do zebrania większej statystyki i znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy poza rakiem szyjki macicy nie kryje się w większości przypadków utajona kiła. To przypuszczenie wyraził już Franceschini w pracy swej z r. 1905, tylko nie mógł go wówczas poprzeć badaniami serologicznemi. Chatelier na 21 przypadków raka w 13 miał wyniki dodatnie. Bertrand badał na O. W. krew 70 chorych na raka macicy lub podejrzanych o raka kobiet i w 48 przypadkach (70%) stwierdził dodatni O. W., stąd wysnuł wniosek, zdaniem autorów niewłaściwy, że sam rak macicy powoduje dodatni O. W. Statystyka Bertranda jest uderzająco zbliżona do statystyki autorów. Na 91 raków macicy w 66% stwierdzili auto-

rzy dodatni O. W., a więc więcej, niż w 66%, przebytą kiłę. Zdaniem ich należy zatem przyjąć, że kiła odgrywa wybitną rolę w etjologji raka macicy. Przyszłość okaże, do jakiego rodzaju raków macicy usposabia kiła. Jest możliwe, że łuszszyca błony śluzowej macicy (leucoplasia i leucokeratoza) jest przedwstępnem stadjum raka, podobnie jak na języku.

P. Rocamora. **Uwagi etjologiczne i histologiczne z racji epidemji »keratosis follicularis«.** W czerwcu 1920 r. spostrzegał R. w schronisku dla dzieci w Barcelonie chorobę skórną, która wystąpiła nagle u 14 dzieci, ustawicznie ze sobą się stykających i miała wszelkie znamiona choroby nagminnej (epidemicznej). Obraz chorobowy przypominał pod wielu względami te osutki skórne, któreśmy zwykli zaliczać do grupy liszajów albo rogowaceń torebek włosowych (*lichenes, keratoses folliculares*), ale przytem wyróżniał się od znanych dotychczas jednostek chorobowych tej grupy tak pewnemi właściwościami klinicznemi i histologicznemi, jakoteż swem niewątpliwem tłem zakaźnem. Choroba dotyczyła dzieci w wieku 7—13 lat, zresztą zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych. Siedzibą zmian chorobowych były wyłącznie uchyłki torebek włosowych, a zasadniczemi wykwitami, składającemi się na obraz chorobowy, były usadowione w torebkach włosowych drobne guzki wielkości główki od szpilki lub ziarna prosa barwy brudno-białej, żółtej lub szarej. Guzki te przy bliższem badaniu okazały się rogowemi czopami tkwiącemi głęboko w torebkach włosowych i sięgającemi aż do ich dna. Czopki rogowe wysterczały niejednokrotnie ponad powierzchnię skóry nadając jej szorstkość tarła. Po usunięciu czopa rogowego pozostawało lejkowate zagłębienie w skórze. Około guzków można było zauważyć często nieznaczny odczyn zapalny, tylko wyjątkowo przychodziło do zropienia guzków. Skóra otaczająca była bądź normalna, bądź sucha i łuszcząca się lekko, bądź też zgrubiała. Wykwity rozmieszczone były w dwu typach, zajmując, w jednych przypadkach, strony wyprostne kończyn, w innych usadawiając się z upodobaniem w zgięciach większych stawów. Nierzadko można było spostrzedz dość liczne wykwity na szyi i karku, rzadziej luźno rozrzucone na tułowiu. Miejsca narażone na tarcie odzieży były najgęściej i najczęściej zajęte wykwitami. U pewnej grupy chorych zauważono w kątach ust pęcherzyki ropne na zaczerwienionem podłożu, oporne leczeniu. Badanie histologiczne skrawków wykazało głównie zmiany w obrębie torebek włosowych, a mianowicie daleko posunięte nadmierne rogowacenie komórek wyścielających. Komórki te, ułożone dośrodkowo i zrogowaciałe w zupełności, tworzą owe dostrzegalne klinicznie czopy rogowe i niszczą brodawkę włosową a z nią i włos sam. W miarę wzrostu poszczególnych warstw przyskórka wyścielającego torebkę włosa, czop posuwa się ku górze a, rogowaciejąc coraz wybitniej, wypada, pozostawiając nieznaczną blizenkę.

W skrawkach nie znaleziono żadnych bakteryj, ale łuski skórne i czopy rogowe wysiane na pożywki wykazały obecność kokków z grupy gronkowców. Autor przypuszcza, że wyhodował gronkowca szarego (*staphylococcus griseus*), odmianę gronkowca złocistego. Zdaniem autora ta odmiana gronkowca, usadowiwszy się w uchyłkach włosowych, mogła wywołać zmiany chorobowe. Punktem wyjścia zakażenia ogólnego mogły być zmiany pęcherzykowo ropne w kątach ust. Czy działało w danym wypadku zakażenie zewnętrzne i pewna przemiana własności chorobotwórczych zarazka, czy też wessanie jego toksyn i działanie drogą krwi na uchyłki torebek włosowych, autor nie chce rozstrzygać, przytacza tylko na dowód tych przypuszczeń rozmaite teorje etjologji schorzeń pokrewnych, mogących poprzeć jedno lub drugie zapatrywanie.

R. Rabut. **Przyczynek do nauki o »lupus pernio«.** W artykule obszernym i bardzo sumiennie opracowanym zestawia autor, a następnie omawia krytycznie wszystkie dotychczasowe, a tak niejednokrotnie różniące się między sobą poglądy na to, co uważano i uważa się dotąd za »lupus pernio«, począwszy od zapatrywań i definicji E. Besnier z r. 1889 aż do poglądów najnowszych Schaumanna z r. 1917 i 1922. Nie zadawalnia go żadna, dotychczas mniej lub więcej słusznie popierana, teorja etiologji tego cierpienia, a na dowód ich chwiejności przytacza rozmaite dane kliniczne i histologiczne, przemawiające za i przeciw. Najnowsza teorja Schaumanna, konstruująca »syndrom« limfogranulomatozy ogólnej, której objawem skórnym miałby być właśnie »lupus pernio«, może być słuszną jedynie dla pewnej grupy przypadków, nie rozwiązuje jednakowoż etjologji rozmaitych odmian »lupus pernio«, zdaniem autora, zgoła niejednolitej. W następstwie tych rozważań autor wysnuwa następujące swoje własne wnioski:

Pomiędzy zwykłem odmrożeniem (*perniones*) a toczniem zwykłym (*lupus vulgaris*) istnieje cała skala klinicznie podobnych jednostek chorobowych, na które różni autorzy »naklejali etykietę« *lupus pernio*. Ale istnienie postaci przejściowych z punktu widzenia klinicznego a choćby i histologicznego, nie usprawiedliwia bynajmniej przynależności wzajemnej tych spraw chorobowych, podobnych z wejrzenia. Wszakże wiadomo, że gruźlica i kiła mogą histologicznie przedstawiać te same obrazy t. j. wspólny obu chorobom obraz tuberkulidów. Należy zatem w tych rozmaitych odmianach *lupus pernio* poprowadzić linje graniczne i wyosobnić dokładnie poszczególne typy. I tak: Pewne typy »*lupus pernio*« należy zaliczyć do kategorji zwykłych odmrożeń i nazwać *erythema pernio*. Są to przypadki obrzęków sinoczerwonych twarzy i rąk, obrzęków występujących porą zimową, zmniejszających się, ale nie ustępujących całkowicie w lecie, nie okazujących ani plamek toczniowych, ani rozszerzenia uchyłków torebek włosowych. Blizny, jakie się niejednokrotnie dostrzega, są następstwem powierzchownych owrzodzeń. Są to przypadki najbardziej zbliżone do odmrożeń, a różnią się od nich tem, że nie ustępują latem. Tu zaliczyć należy *lupus chilblain* Hutchinsona.

Inna grupa przypadków, to odmiana rumienia toczniowego, to jego postać asfiktyczna. Cechy: kredowe łuski, rozszerzenie uchyłków włosowych i samoistne zaniki bliznowate. Pamiętać należy, że rumień toczniowy może nie mieć tła swoistego.

Toczeń zwykły może przebiegać pod postacią *lupus pernio*. To przypadki, w których w ogniskach chorobowych znajdujemy guzki przeświecające miękkie i w których przeszczepienie na króliki daje wynik dodatni.

Pozostaje wreszcie typ wyosobniony przez Schaumanna, który można nazwać prawdziwym *lupus pernio*, a który wyróżnia się naciekami głębokiemi, guzkami żółtemi, ale zbitszemi i mniej przeźroczystemi, jak guzki tocznia zwykłego. Przeszczepienie na króliki daje wynik ujemny. Być może, że do tej odmiany zaliczyć należy wszystkie sarkoidy (w szczególności sarkoidy Boecka). Jest rzeczą przedwczesną rozstrzygać, czy *lupus pernio* należy uważać za jeden z objawów ogólnej, łagodnej limfogranulomatozy w myśl Schaumanna. Czasem istotnie może mu towarzyszyć »syndrom« Schaumanna, ale czasem zmiana na skórze może być objawem jedynym. *Lupus pernio* może być banalnym odczynem skóry, wyrazem przewlekłego zakażenia o nieznanej etjologji, podobnie jak może być niejednolita przyczyna limfogranulomatozy.

Lenartowicz (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział lwowski.

XV. Posiedzenie naukowe w dniu 7 czerwca 1922.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia 26-letniego mężczyznę, który, internowany w barakach, **napajał bieliznę benzyną, aby uchronić się od pasorzytów**; po stronie zewnętrznej kończyn górnych i dolnych, a także na pośladkach, mnóstwo guzków sino-czerwonych, wielkości łebka szpilki, miejscami zlewających się i pokrytych łuseczką; guzki, ustępując, pozostawiają blizenki.

2. Doc. Leszczyński przedstawia, zajmujący ze względów rozpoznawczych, przypadek, dotyczący kobiety, dotkniętej od młodych **lat toczniem twarzy i podudzi**, a obecnie na odudżach dolnych ze zmianami kilakowemi, które rozwijają się w miejscach, zajętych przez sprawę gruźliczą.

3. Dr. Wepperówna przedstawia z oddziału prym. dra Świątkiewicza przypadek **zgorzeli skóry na tle zmian naczyniowych** u osobnika, który przed laty przebywał kiłę.

4. Dr. Salpeter przedstawia 19-letnią dziewczynę, u któ-

rej wrzekomo od lat 5-ciu najwybitniejsze zmiany na małżowinach usznych, o wiele słabsze na twarzy, a bardzo nieznaczne na łokciach i kolanach, zmiany pod postacią krótkich, jasnych stożków w miejscach follikułów. Możliwe, że są to zmiany wrodzone, że schorzenie późniejsze z przyczyn zewnętrznych; na podstawie obrazu klinicznego rozstrzygnięcie trudne.

W dyskusji prof. Łukasiewicz przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między lekką postacią **czerwonego liszaja kończystego, łuską rybią i znamionami.** Dr. Mierzecki daje sprawozdanie poglądowe o kłaczkowych odczynach przy kile.

XVI. Posiedzenie naukowe w dniu 21 czerwca 1922.

1. Doc. Dr. Leszczyński przedstawia:

a) **Casus pro diagnosi** (krwotoki, zapalenie nerek, wybujałości koło odbytu).

b) **Casus pro diagnosi** (stwardnienie gruźlicze krtani i gardła oraz blizny pokilakowe).

c) **Wysiękowy rumień wielopostaciowy** (podobny do tocznia rumieniowatego).

d) **Toczeń zwykły pełzający**, słoniowatość uda lewego i kończyny górnej prawej, tuberkulidy guzkowe, ulegające martwicy.

2. Dr. Goldmannówna przedstawia z oddziału prym. dr. Leszczyńskiego 2 przypadki **łuszczycy, leczone naświetlaniem grasicy** i 2 przypadki **leczone wstrzykiwaniami mieszanki Pautriera**.

3. Dr. Wepperówna przedstawia z oddziału prym. dr. Świątkiewicza przypadek **hydroa vacciniformis, leczony pomyślnie autohemoterapją**.

4. Dr. Andruszewski przedstawia z kliniki dermat. przypadek **angina Plaut-Vincenti,** zajmującej jedynie brzeg języczka, i pokazuje preparaty drobnowidowe z przedstawionego przypadku. Omawia następnie sposoby leczenia wrzodów goleni i przedstawia odpowiednich chorych.

5. Doc. dr. Leszczyński wygłasza odczyt: **Cowperitis chron. latens.**

XVII. Posiedzenie naukowe w dniu 5 lipca 1922.

Przewodniczy prym. dr. Świątkiewicz.

1. Doc. dr. Leszczyński przedstawia: a) **pęcherzycę brodawkującą** z wybitnemi zmianami na częściach płciowych, podnosi cechy tej choroby i rozbiera szczegółowo momenty rozpoznawcze; b) **kilakową postać kiły gardła.**

2. Mjr. dr. Biliński przedstawia chorego, który w X. 1921 zgłosił się z **pierwotnym wrzodem początkowym wędzidełka**; krętki +, OW —. Dwukrotne leczenie [po 12 injk. Hg. salicyl. i 3 neosalv. (na jedno leczenie 1.35 neosalv.)]. W marcu 1922. zaczerwienienie skóry, która staje się szorstką i ulega łuszczeniu, później na skórze klatki piersiowej i w zgięciach stawowych zjawiają się coraz wyraźniejsze plamy barwikowe. Z początkiem maja przyjęty do szpitala z objawami mózgowemi: porażenie n. okoruchowego, bloczkowego, trójdzielnego, niedowład n. podjęzykowego i językо-gardłowego. W płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza, Nonne-Apelt ++, Wassermann —. W krwi OW +, lekka leukocytoza, ciśnienie niskie.

W dyskusji doc. dr. Leszczyński podnosi, że w przypadku tym już w rok po zakażeniu wystąpiły objawy zapalenia kilakowego opon mózgowych i tym zmianom, toczącym się na podstawie czaszki, przypisać należy wspomniane objawy nerwowe. Zmiany na skórze w pewnej części pozostają w związku przyczynowym ze zmianami kiłowemi w narządach o wewnętrznem wydzielaniu. Niedorozwój części płciowych przemawiałby w tym przypadku za pewnem niedomaganiem hypophysis i dlatego tam na podstawie czaszki jako w locus minoris resistentiae wystąpiło to zapalenie opon.

W dyskusji przemawiają dr. Andruszewski, płk. dr. Kostka i dr. Krzemicki. *Dr. Kotiers,* sekretarz.

Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologiczne w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 28. września 1922.

Przewodniczy wiceprezes J. Szmurło, protokół pisze skarbnik W. Gumiński.

1. Karbowski przedstawia a) chorego operowanego z powodu **gruźlicy kości nosowej, łzowej i wyrostka czołowego szczęki górnej**. Choroba trwa od ½ roku. Sprawa zapalna obejmowała częściowo i prawy policzek. Od 2-ch miesięcy ropienie z przetoki prowadzącej od otworu gruszkowatego w kierunku kości łzowej. Podczas zabiegu okazało się, że próchnica obejmuje kość nosową prawą, kość łzową, wyrostek czołowy górnej szczęki i komórki sitowe przednie. Po usunięciu ogniska kostnego, ranę zaszyto pozostawiając sączek w dolnej części rany. Zagojenie nastąpiło w ciągu 3-ch tygodni. Obecnie widoczne jest jeszcze nacieczenie tkanek, wobec czego z rokowaniem należy być ostrożnym; b) chorego z **plastycznem pokryciem otworu po doszczętnej operacji** według nowej metody, podanej rb. a nadającej się do pokrycia nawet dużych otworów, czego otrzymać nie możemy zą pośrednictwem dawnych metod Passowa i Körnera. Ta ostatnia zresztą, chociaż i daje się zastosować do dużych otworów, stwarza potwornie duży otwór przewodu zewnętrznego. Metoda ta polega na wycięciu płata ze skóry z przyczepem u tylnego brzegu otworu. Płat ten pokrywa jamę z wewnątrz; drugi płat wycięty z tylnej powierzchni małżowiny z przyczepem w pobliżu zagłębienia, odpowiadającego grobelce, zostaje wraz z małżowiną przemieszczony w tył i zeszyty z brzegami rany po utworzeniu płata tylnego. Operacja daje bardzo ładny wynik kosmetyczny, o ile leczenie pooperacyjne umiejętnie zostało przeprowadzone. (A. r.).

W dyskusji Chorążycki w 1-ym przypadku uważa sprawę gruźliczą za niezupełnie wyleczoną, czego dowodem jest nacieczenie około worka łzowego bardzo podejrzane. W 2-gim przypadku również nie można uznać wyniku operacji za zupełnie dodatni wobec istnienia niewielkiego otworu pośrodku fałdki skórnej na miejscu dokonanej plastyki. Pęski zaleca do plastyki po doszczętnej operacji sposób jednopiętrowy skórny Ruttina, przyczem płat skórny bierze się z małżowiny usznej. Sposób ten dawał mu zawsze wyniki doskonałe. Przy dwupiętrowej plastyce, pomiędzy płatami najczęściej zbiera się ropa i szwy rozchodzą się.

Karbowski uważa naciek w okolicy worka łzowego za pozostałość pooperacyjną, która z czasem niewątpliwie ustąpi, tak jak ustąpiły nacieki i w innych miejscach. Co do techniki plastyki to uważa szwy dwupiętrowe za bezpieczniejsze.

2. Kol. Chorążycki wygłosił odczyt: **Chirurgja śródnosowa narządu łzowego.** Ch. rozróżna tu dwa okresy: pierwszy od roku 1893—1908, kiedy otwierano podłużnie kanał nosowołzowy w dolnym przewodzie nosowym od jego ujścia aż do worka łzowego, przyczem usuwano zazwyczaj przedni koniec dolnej muszli i kasowano kostny i błoniasty przewód nosowołzowy (Caldwell, Killian, Okuniew i inni); drugi zainaugurowany prawie jednocześnie przez Westa i Polyako i dążący do otwarcia worka łzowego w miejscu t. zw. wałka łzowego (torus lacrymalis) i tuż pod przyczepem muszli środkowej. Cała uwaga operatorów jest skierowana tu na określenie miejsca trepanacji kości, przyczem i oni do tego używają specjalnego cyrkla łukowatego (Zeman, Frieberg), inni (Person) wprost mierzą odległość dolnego brzegu skrzydła nosowego do wewnętrznego kąta oka i przyjmując otrzymaną liczbę za miarę wewnętrzną w przybliżeniu, B. Cohn na trupach wprowadza na ślepo do jamy nosowej haczyk prostokątny, starając się przedostać do worka przez kość łzową. Ch. posługuje się metodą własną, najprostszą, a polegającą na tem, że do nie przeciętego przewodu łzowego dolnego wprowadza mocne a cienkie z tępym końcem szydło, ostrożnie wsuwa je do worka, podnosi jego rękojeść tak, aby utworzyło z płaszczyzną poziomą kąt 30—40°, i mocno naciskając przebija kość łzową i przedostaje się do przedniej części przewodu nosowego. Sterczący w nosie koniec szydła wskazuje miejsce dłutowania kości. W ten sposób można uniknąć większego zniszczenia kości, chodzi bowiem głównie o to, żeby otwór operacyjny był gładki i miał ścianę cienką. Wielkość otworu według Ch. niema znaczenia, bo siła prądu łzowego nie pozwala na zamknięcie się nawet niewielkiego otworu, podczas gdy przeciwnie nawet największy otwór zarasta, nieraz już po 24—48 godzinach, tam gdzie ucierpiał mechanizm aspiracyjny kanałów łzowych. Wogóle operacja West Polyaka jest wskazana w dakrjostenozach wszelkiego rodzaju, nawet w stanach ostro zapalnych. Zwolennicy operacji zewnętrznych, jako dostępniejszych, wolą operację Totcego. Ponieważ w tej operacji niezbędne jest natychmiastowe zakładanie szwów, nie nadaje się ona przeto w przypadkach z przetokami zewnętrznemi i ropówkami. Operację Westa udaje się wykonać zarówno u dzieci jak i u osób starszych.

W dyskusji kol. Lubliner obawia się możliwości zakażenia ze strony nosa całego aparatu łzowego. Co do sposobu mowcy, uważa go za dogodny i godny zalecenia, sądzi dalej, że pożądanem byłoby ustalenie zasad kwalifikacji chorych do tej operacji, gdyż okuliści zbyt szybko do niej się zrazili i obecnie, pomimo częstości tego rodzaju spraw, dość niechętnie skierowują chorych do leczenia operacyjnego wewnątrz nosowego.

Kol. Gotfryd zapytuje, jak postępuje mowca w przypadkach dużych zwężeń nosowych spowodowanych np. skrzywieniem przegrody nosowej.

Kol. Szmurło podkreśla, że West operuje powyżej przedniego końca muszli środkowej, miejsce operacji, wskazane na przedstawionym przez mowcę rysunku, zalecone jest przez Polyacka i Hallego. West wielki nacisk kładzie na wycięcie całej wewnętrznej ściany worka łzowego, w przeciwnym bowiem razie otwór z łatwością zarasta, pomimo nawet najlepszych warunków aspiracji przewodów łzowych, dlatego też i metoda mowcy, jakkolwiek w istocie ściśle określa miejsce gdzie należy trepanować kość, utrudnia wielce uchwycenie po usunięciu kości ściany worka łzowego i jej wycięcie. Że przebicie ściany kostnej sposobem Ch. nie wystarcza również do ustalenia komunikacji stałej pomiędzy workiem łzowym a nosem, nawet w razie dostatecznej aspiracji, potwierdza sam mowca, rozszerzając znacznie otwór kostny na miejscu określonem według własnego sposobu. Mowca, mówiąc o operacji Totcego, nie wspomniał o nowych obecnie stosowanych metodach podwargowych, wprowadzonych przez Eyckena i Kutwirta. Autorowie dostają się do worka łzowego oddzielając okostną kości szczękowej, po wycięciu ściany worka dostają się następnie do nosa, przyczem Eycken otwiera nawet zatokę szczękową.

Kol. Chorążycki uważa, że niesłuszną jest obawa przeniesienia zakażenia ze śluzówki nosa do dróg łzowych i łącznicy oka, stwierdzono bowiem, że po operacji Westa worek łącznicy pozostawał jałowym i można było zupełnie bezpiecznie odejmować kataraktę. W razie skrzywienia przegrody należy je przed operacją usunąć. W kwestji wskazań do operacji nie radzi operować tam, gdzie wobec stałego łzawienia zgłęb.przechodzi i strzykawka działa, gdyż mamy do czynienia z uszkodzeniem aparatu a spiracyjnego. Najlepsze wyniki dają stany z rozszerzeniem worka łzowego. O metodach Kutwirta i Eykena nie wspominał, bo musiałby mówić o wielu jeszcze innych metodach zwłaszcza amerykańskich. W kwestji wielkości otworu Ch. twierdzi, że nawet największy otwór po roku zwęża się i pozostaje niewielki otworek, i że zupełnemu zamknięciu otworu przeszkadza tylko prąd łez z kanałów łzowych do nosa.

Sprawy zawodowe.

Walne Zgromadzenie lekarzy okręgowych Małopolski.

Na Walnem Zgromadzeniu lekarzy okręgowych Małopolski dnia 21. października br. we Lwowie wybrano Wydział, do którego weszli: Dr. W. Natter jako przewodniczący, Dr. Józef Bednarski jako sekretarz, Dr. Ignacy Bielecki jako zastępca przewodniczącego, Dr. Teofil Gozdecki jako zastępca sekretarza. Członkami Wydziału: Dr. Kazimierz Zaleski, Dr. Włodzimierz Drozdowski. Do komisji opracowania statutu i instrukcji służbowej lek. okr. weszli: Dr. Ignacy Bielecki, Dr. Teofil Gozdecki, Dr. Herman Finkiel, Dr. Józef Markel, Dr. Henryk Dortort. Do komisji szkontrującej: Dr. Aleksander Vincenz, Dr. Leonard Serwacki. Jako reprezentanci Związku lek. okręg. do Izby lekarskiej zach. Mał. Dr. W. Natter — do Izby lek. wsch. Małopol. Dr. Ignacy Bielecki. Równocześnie uchwalono wezwać wszystkich kolegów lek. okręg. do wpisywania się do Związku i uiszczenia zaległych wkładek, gdyż tylko działanie solidarne wszystkich lekarzy okręgowych może wpłynąć na polepszenie ich bytu i wyrobienie im należytej powagi.

Koledzy, którzy reflektowaliby na objęcie posad lekarzy okręgowych, mogą przepatrzeć wykaz wakujących posad lek. okręgowych, w Związku Lekarzy Małopolski w Krakowie ul. Badziwiłłowska l. 4. *Dr. Wiktor Natter*, przewodn. Zw. lek. okr. *Dr. Józef Bednarski*, sekretarz Zw. lek. okr.

Związek Lekarzy P. P., Okrąg Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, w Krakowie.

223 i 224 posiedzenie Wydziału z dnia 23 września i 3 października zę współudziałem lekarzy Kasy chorych miasta Krakowa. Obydwa posiedzenia poświęcono opracowaniu nowego cennika dla Kas chorych.

225 posiedzenie Wydziału w dniu 13 i 14 października 1922. W odpowiedzi na zaproszenie Okręgowego Związku Kas chorych dla Małopolski Zachodniej (obejmującego Województwo Krakowskie, Kieleckie i Śląsk Cieszyński) naznaczono dzień 19 listopada br. na wspólne obrady nad przyjęciem pragmatyki służbowej (regulamin) i cennika dla lekarzy, zatrudnionych w kasach chorych i opłacanych ryczałtowo lub za poszczególne czynności.

Zwrócono się do D. O. K. w Krakowie o wyjaśnienie, czy zawodowi lekarze wojskowi mogą piastować posady w Kasach chorych i cywilnych szpitalach i podobnych instytucjach.

W sprawie partacza lekarskiego Sebryna ze Strusowa uchwalono zawiadomić Województwo w Tarnopolu, iż podwładne organy nie wykonują rozkazów Województwa. Partacz mimo wszystko dalej grasuje.

W sprawie wydalenia Dr. Wiktora Robla z posady lekarza w powiatowej Kasie chorych w Sanoku zwrócono się do Zarządu Kasy z wezwaniem by oddała sprawę do rozstrzygnięcia Komisji Pojednawczej. Zarządowi Związku Lekarzy w Sanoku poruczono przypilnowanie sprawy.

Zarządowi Pow. Kasy Chorych w Myślenicach odpowiedziano, iż musi się stosować do cennika, wydanego przez Związek.

Sprawę Dr. J. z Nowego Sącza, udzielającego swej firmy niekoncesjonowanej technicze dentystycznej, odstąpiono Izbie lekarskiej.

W końcu zajęto się wyborami do przyszłej Rady Izby lekarskiej.

226 posiedzenie Wydziału w dniu 20 października 1922 r. Związek Lekarzy Małopolski i Śląska przystąpił ostatecznie do Związku Lekarzy PP. jako okrąg Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Uchwalono zwrócić się do Ministerjum sprawiedliwości o przyznanie mnożnika do taks sądowych lekarskich, jakoteż o wydatną poprawę płac lekarzy więziennych.

Uchwalono przyjąć z Nowym Rokiem płatnego pomocniczego sekretarza.

Przeznaczono z funduszu bieżącego zasiłek w kwocie 5.000 Mk wdowie po śp. Drze Langu i 10.000 Mk wdowie po śp. Drze Bażancie z Kosowa.

Uchwalono nowy cennik dla Kas chorych w całej Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim.

227 Posiedzenie Wydziału dn. 31 października 1922.

Przyjęto regulamin Kasy pogrzebowej, opracowany przez Dra Grzybowskiego i Dra Żydłowicza.

Uchwalono zwrócić się do Wydziała wykonawczego o pomoc w sprawie jednolitego przeniesienia telefonów lekarzy do niższej klasy taksy. Osobno wystosowano podanie do Minist. Poczt. *Cercha* prezes, *Kostecki* sekretarz.

Z higjeny szkolnej.

W siedzibie Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie w d. 24 listopada b. r. Dr. Stanisław Kopczyński wygłosił odczyt na temat: »Stan współczesny higjeny szkolnej i wychowania fizycznego w szkołach Rzeczypospolitej«.

Mowca 1. scharakteryzował zarządzenia Ministerjum oświecenia, mające na celu uwzględnienie wymagań higjeny w projektowanych budynkach szkolnych (sprawa boisk przy szkołach, urządzeń natryskowych w samych budynkach, sal gimnastycznych, sal rekreacyjnych, odpowiednich ławek i t. p.), 2. opisał zalecenia ministerjalne, mające na celu odciążenie programów i walkę z przeciążeniem w szkołach, 3. podał ogólny zarys organizacji opieki higjeniczno-lekarskiej nad szkołami, która najlepiej stoi na terenie b. Kongresówki, gdzie już 92% szkół średnich i seminarjów nauczycielskich posiada lekarzy szkolnych, gdy w innych okręgach szkolnych opieka ta dopiero znajduje się w stadjum organizacyjnem, 4. omówił sposoby propagandy higjeny przez szkołę, 5. przedstawił dbałość centralnych władz oświatowych o należyte postawienie sprawy wychowania fizycznego w szkołach (dążenie do powiększenia liczby wykwalifikowanych nauczycieli ćwiczeń cielesnych, popieranie zrzeszeń sportowych wśród młodzieży szkolnej, zwiększanie godzin w programach szkolnych na ćwiczenia cielesne i t. p.), wreszcie 6. przedstawił wydatki Ministerjum oświecenia na cele, związane z higjeną szkolną i wychowaniem fizycznem, wydatki, stosunkowo do doniosłych celów, drobne.

W ożywionej dyskusji w związku z wygłoszonym referatem zabierali głos: d-rzy Kozerski, Rubinrot, Szmurło i Świątecki, z których większość podkreślała istnienie przeciążenia w szkołach, głównie w związku z nadmiernym programem i nieuwzględnianiem racjonalnych metod nauczania, i żądała większych świadczeń ze strony rządu, specjalnie ze strony Ministerjum skarbu na cele opieki lekarskiej, szkolnej i wychowania fizycznego młodzieży.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Uroczysta inauguracja popularnych wykładów higjenicznych odbyła się dnia 8 b. m. Wykłady te urządza Tow. higjeniczne wspólnie z Tow. walki z gruźlicą i Czerwonym Krzyżem. Odbywać się one będą z pokazem przeźroczy pouczających i obrazów kinematograficznych. Pierwszy wykład wygłosił dr. Krzemicki, inspektor sanitarno obyczajowy tut. Województwa, na temat »O chorobach wenerycznych«.

Z powodu setnej rocznicy urodzin Pasteura odbędzie się ku uczeniu genialnego badacza uroczysta Akademja w auli Uniwersytetu dnia 15 bm. o godz. 6-tej wieczorem. Uroczystość urządzają trzy wyższe uczelnie tj. Uniwersytet, Politechnika i Akademja weterynaryjna oraz szereg towarzystw naukowych, zgrupowanych w Związku towarzystw naukowych, które też złożą w czasie uroczystości odpowiednie adresy. Uroczysta Akademja będzie też równocześnie posiedzeniem wspólnem tychże towarzystw, między innemi towarzystwa lekarskiego, przyrodników im. Kopernika, Tow. politechnicznego i medycyny weterynaryjnej.

»**Polska dentystyka**«, pismo poświęcone wszystkim działom stomatologji i naukom pokrewnym, rozpocznie wychodzić dnia 1 stycznia 1923. Nowe czasopismo będzie zawierało, oprócz artykułów oryginalnych, obfity dział sprawozdawczy z pism lekarskich polskich, angielskich, francuskich i niemieckich, oraz sprawozdania z posiedzeń i zjazdów naukowych. Pismo będzie dwumiesięcznikiem. Redakcja ma się składać z komitetów redakcyjnych we wszystkich środowiskach naukowych Państwa, redakcja główna z siedzibą we Lwowie spoczywać będzie w rękach prof. dra A. Cieszyńskiego, Lwów, Zielona N. 5 a. Cena pisma z przesyłką pocztową rocznie 5 zł. p., półrocznie $2^1/_2$ zł. p.

Warszawa.

Rozstrzygnięcie konkursu im G. Piramowicza. Komitet konkursu im Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiek bądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w r. 1922, z ośmiu rozpatrzonych prac przyznał nagrodę p. F. Jarosowi za pracę p. t. »**Rozwój fizyczny dziecka w szkole**«. Sąd konkursowy stanowili: Wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego dr. Wł. Starkiewicz, dr. Władysł. Światopełk-Zawadzki, dr. Szmurło, ofiarodawca konkursu dr. St. Kopczyński, delegat Zarządu Stowarzyszenia Nauczycieli szkół średnich i wyższych dyrektor P. Sosnowski i delegatka Zarządu Związku Nauczycielstwa Szkół Powszechnych p. A. Dargielowa.

Zmarli. Dr. Paweł Niziołek, w Brzozowie w 59. roku życia